



Trabajo Fin de Grado

Propuesta de intervención didáctica de carácter preventivo del TDAH desde la Educación Infantil

Autor/es

María Pérez Solana

Director/es

Ana M^a Tornos Culleré

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

Año 2015/2016

Índice

1. INTRODUCCIÓN	5
2. OBJETIVOS.....	7
2.1. OBJETIVO GENERAL.....	7
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
3. MARCO TEÓRICO	7
3.1. ¿QUÉ ES EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD?.....	7
3.2. ¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DEL TDAH?	9
3.3. LOS TRASTORNOS ASOCIADOS AL TDAH	12
3.3.1. <i>Síndrome de la Tourette</i>	13
3.3.2. <i>Trastorno del Espectro Autista (TEA)</i>	14
3.3.3. <i>Trastornos de la Comunicación</i>	15
3.3.4. <i>Trastornos del Aprendizaje</i>	15
3.3.5. <i>Trastorno del Desarrollo de la Coordinación</i>	16
3.3.6. <i>Trastorno de la Conducta</i>	16
3.3.7. <i>Trastorno de Ansiedad</i>	17
3.3.8. <i>Trastornos Depresivos</i>	17
3.3.9. <i>Trastornos por Uso de Substancias</i>	18
3.4. LA EVALUACIÓN Y EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO	19
3.4.1. <i>Tipos</i>	21
3.4.2. <i>Nivel de afectación</i>	21
3.4.3. <i>Pruebas</i>	24
3.5. EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.....	30
4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	36
4.1. JUSTIFICACIÓN	36
4.2. PRINCIPIOS SUBYACENTES A ESTA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	38

4.3. METODOLOGÍA.....	39
4.4. CONDUCTAS ESPECÍFICAS SELECCIONADAS EN ESTA PROPUESTA.....	42
4.5. ESTRATEGIAS	44
4.6. ACTIVIDADES	48
4.7. RELACIÓN ENTRE CONDUCTAS, ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES SELECCIONADAS	54
4.8. REFLEXIÓN ACERCA DE SU USO.....	55
5. CONCLUSIONES	56
6. BIBLIOGRAFÍA-WEBGRAFÍA	59
7. ANEXO	63

Título del TFG: Propuesta de intervención didáctica de carácter preventivo del TDAH desde la Educación Infantil

Title: A proposal for preventive educational intervention for ADHD students in Pre-school Education

- Elaborado por: María Pérez Solana
- Dirigido por: Ana M^a Tornos Culleré
- Presentado para su defensa en la convocatoria de septiembre del año 2016
- Número de palabras: 17617

Resumen

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) afecta a un elevado número de sujetos especialmente en la infancia y adolescencia. Algunas funciones se ven alteradas como son la atención, el control de impulsos (impulsividad) y el excesivo movimiento sin ninguna finalidad determinada (hiperactividad), por lo que sería necesario trabajarlas y potenciarlas desde edades tempranas. Se ha desarrollado una propuesta de intervención en la que se recogen estrategias y actividades para desarrollarlas en las aulas desde un enfoque preventivo, favoreciendo al mismo tiempo la socialización.

Palabras clave

TDAH, Educación Infantil, estrategias, actividades

1. INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un término muy utilizado en la sociedad actual. Su estudio y comprensión ha ido evolucionando a lo largo de los años, pero sigue existiendo un gran desconocimiento en relación a los aspectos que abarca este trastorno (causas, síntomas, diagnóstico, comportamientos habituales, tratamiento...).

La sociedad progresa a un ritmo muy acelerado, al cual, toda la población se debe adaptar, pero es costoso. En peor situación están los niños y niñas que presentan TDAH, ya que el hecho de adaptarse y desarrollarse en el contexto o situación que les rodea puede resultarles frustrante y conllevarles a una desadaptación social. Los adultos juegan un papel importante, ya que son los que les deben transmitir esa seguridad para poder desenvolverse adecuadamente.

El convivir con un niño o niña que padezca TDAH, tanto en el ámbito escolar como en el familiar, es un reto que, especialmente en el contexto escolar, hay que afrontar, ya que requiere mucha dedicación y trabajo por todas las personas que conforman su contexto personal.

Es necesario remarcar que no todos los niños y niñas que padecen este trastorno, les afecta y se comportan de manera similar, ya que cada uno es diferente y requiere de una “receta” individual para poder llegar a trabajar con ellos, con el objetivo de alcanzar un desarrollo íntegro así como una adaptación social adecuada.

A la hora de trabajar con un niño o niña que padece TDAH se requiere un trabajo interdisciplinar con la participación de profesionales, docentes y familia. Todos ellos buscan, como ya se ha mencionado anteriormente, el mismo objetivo favorecer la adaptación social, así como el desarrollo propio de cada sujeto.

De todas las posibles temáticas para la realización de este Trabajo de Fin de Grado se ha seleccionado el estudio del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad desde distintas dimensiones: evolución, causas, síntomas y tratamiento, que afectan al ámbito educativo, ya que este trastorno cada vez tiene mayor incidencia desde la etapa infantil

hasta en edades adultas. Una de las partes del trabajo se fundamentará en un estudio teórico acerca de este trastorno. Pero, a nivel personal, una de las mayores motivaciones en esta elección ha sido realizar una pequeña propuesta de intervención en las aulas desde un enfoque preventivo y a través de estrategias y actividades, no solo destinadas exclusivamente para aquellos alumnos o alumnas en los que exista una sospecha de que en un futuro puedan llegar a padecer este trastorno, sino desde una perspectiva inclusiva.

Se habla de un enfoque preventivo aunque es necesario tener en cuenta que, en la mayoría de los casos, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad se hereda pero no se manifiesta hasta edades superiores. Con la elaboración de una intervención didáctica de carácter preventivo se está haciendo referencia al hecho de potenciar algunas cualidades como son la atención, el control de impulsos y el excesivo movimiento desde edades tempranas, con la intención de que en un futuro sirva de incentivo en el desarrollo y en el proceso de enseñanza-aprendizaje tanto del alumnado que pueda llegar a ser diagnosticado con TDAH como aquellos que no lo padezcan.

Como se verá, el diagnosticar a un niño o niña con TDAH en su etapa escolar es complicado, se trata de una enfermedad que debe ser tratada por profesionales sanitarios. El etiquetar al niño o niña como “hiperactivo” puede llegar a suponer en ellos una frustración en lo que respecta a la igualdad con sus compañeros y, en el caso de las familias, una preocupación e incertidumbre acerca del futuro y en el cómo actuar con sus hijos o hijas. Se puede dar el caso de que el niño o niña esté atravesando situaciones complicadas a nivel personal, y por ello muestre unos síntomas similares a los que podría mostrar cualquier otro alumno o alumna con diagnóstico de TDAH u otro trastorno diferente, pero no por ello, los docentes deben calificarlos con ningún término médico.

Más allá de que los niños o niñas estén diagnosticados o no, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es una realidad educativa hoy en día, y considero esencial tenerlo en cuenta desde edades tempranas. Mi trabajo no alcanza ser una intervención en sí misma, sino una posible aportación didáctica para llevarla a cabo en las aulas.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

1. Realizar una propuesta de intervención para alumnos y alumnas de Educación Infantil con posibilidad de padecer Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad desde un enfoque inclusivo y preventivo.

2.2. Objetivos específicos

2. Recopilar toda aquella información que permita comprender qué es el TDAH, sus formas de diagnóstico y tratamiento, y favorecer una detección precoz que optimice la intervención educativa en las aulas.
3. Elaborar un listado de síntomas, comportamientos habituales y señales del TDAH.
4. Generar estrategias específicas útiles para el profesor de Educación Infantil en el trabajo y prevención de aquellas capacidades que se ven alteradas con el TDAH.
5. Diseñar posibles propuestas de actividades concretas para trabajar con todo el alumnado del 2º ciclo de Educación Infantil aquellas cualidades que puedan verse afectadas al padecer dicho trastorno como son la atención, el control de impulsos o el movimiento excesivo.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. ¿Qué es el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad?

Son numerosas las definiciones aportadas por diferentes autores a cerca del Trastorno por Déficit de Atención. Una de las definiciones más completas que se ha encontrado sobre el “TDAH” fue publicada en una revista de neurología colombiana (“Rev Neurol”), en un artículo que se centraba en el estudio del TDAH en el país de Colombia.

Un síndrome neurológico frecuente, caracterizado por hiperactividad, impulsividad e inatención, inadecuadas para el grado de desarrollo del niño. Es el problema de comportamiento más común durante la infancia; constituye la enfermedad crónica más frecuente del período escolar y representa un problema complejo, debido a que aparece en

edades tempranas, repercute en la vida diaria del niño y existe la probabilidad de que persista a lo largo de la vida. (Cornejo et al., 2005)

El concepto de “Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad” ha ido evolucionando a lo largo de los años. En la siguiente tabla comparativa aparecerán las definiciones que se recogen en los Manuales Diagnósticos y Estadísticos de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV año 1994 y DSM-V año 2013) y en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud en su décima edición publicada (CIE-10) y revisada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), año 1992 con el objetivo de observar las diferencias entre unas y otras así como su evolución.

CIE-10 (1992)	DSM-IV (1994)	DSM-V (2013)
<p>El TDAH es denominado como Trastorno Hiperactivo: “grupo de trastornos caracterizados por un comienzo precoz, la combinación de un comportamiento hiperactivo y probablemente modulado con una marcada falta de atención y continuidad en situaciones variadas y a lo largo del tiempo”.</p>	<p>El TDAH es “un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad/impulsividad o inhibición, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar”.</p>	<p>El TDAH es “un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo”.</p>

Tabla 1. Comparación de definiciones del TDAH según CIE-10, DSM-IV, DSM-V

Se puede observar que las definiciones han ido evolucionando pero, es un aspecto a destacar que en el CIE-10 no se habla de impulsividad, pero sí de un comienzo precoz. En cuanto a las definiciones del DSM-IV y DSM-V se puede decir que son similares, aunque se puede apreciar un pequeño detalle, en el DSM-V se expone que el TDAH influye en el funcionamiento o desarrollo en líneas generales, mientras que en el DSM-IV hace una simple comparación entre los que padecen dicho trastorno y los que no.

3.2. ¿Cuáles son las causas del TDAH?

Siguiendo a Sibón (2010) las causas de este trastorno no están todavía muy claras. Se cree que el origen de este trastorno está en los factores biológicos y ambientales. En algunos sujetos predominan causas biológicas; en otros, las ambientales; pero, también pueden influir los dos tipos.

1. Causas biológicas: para la autora, al menos la mitad de los niños y niñas diagnosticados con TDAH se relacionan con este tipo. Entre ellas se encuentran:

- Factores hereditarios: es difícil determinar si el padre o la madre del niño o niña diagnosticado con hiperactividad padecía el mismo trastorno, ya que unos años atrás no existían los mismos medios para llevar a cabo estudios acerca de los posibles trastornos que pudieran llegar a aparecer. En la actualidad, lo que sí que está comprobado, es que un niño o niña diagnosticado como hiperactivo, tendrá mayores posibilidades de que su hijo o hija padezca este mismo trastorno.
- Factores neurológicos: diferentes estudios relacionan el TDAH con un desajuste de la dopamina. Vaquerizo (2012) afirma que esta es una sustancia que tiene una función cerebral de transmisión de señales nerviosas entre las neuronas por lo que influye en el funcionamiento cognitivo, en los procesos de aprendizaje, en la motivación y recompensas y en la regulación de la conducta. Un niño o niña que padece TDAH presenta un desajuste de este neurotransmisor lo que le lleva a manifestar conductas propias de este trastorno.

Siguiendo al neurólogo Pérez (2014) otros dos neurotransmisores que están relacionados con el TDAH son la serotonina y noradrenalina, los cuales cumplen funciones similares a la dopamina, es decir, se encargan de transportar la información a

las diferentes zonas del cerebro favoreciendo unas respuestas cognitivas correctas además de controlar los impulsos.

Cada neurotransmisor tiene asignada una función cerebral que se encarga de unos aspectos u otros. En el siguiente gráfico se muestra cada neurotransmisor con las funciones cerebrales que se ven afectadas al padecer este trastorno.

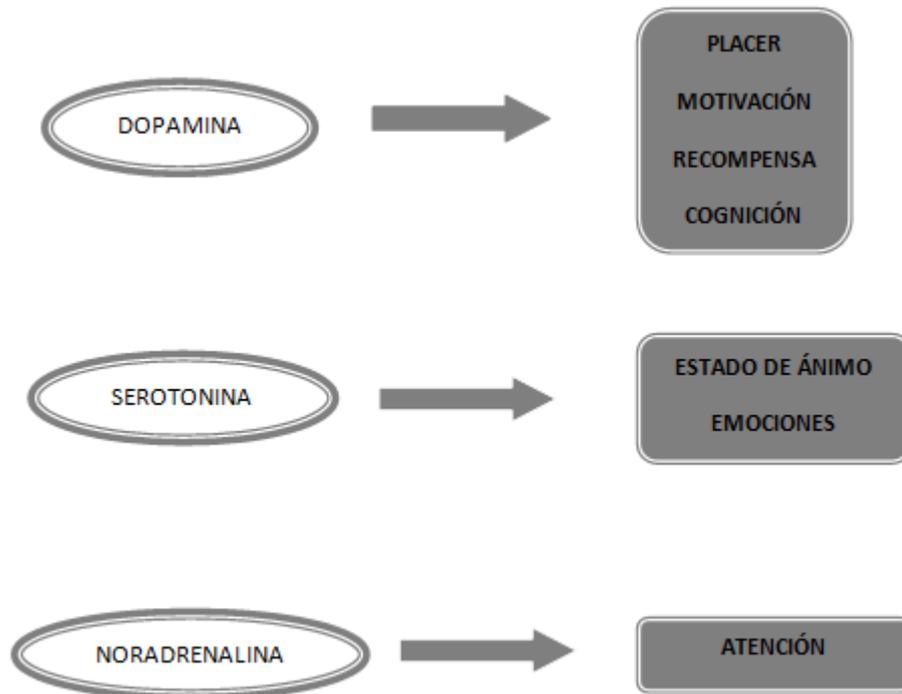


Figura 1. Neurotransmisores y funciones cerebrales alteradas. Elaboración propia basada en los datos de Pérez (2014).

Según los estudios realizados por Pérez (2014), dependiendo de los niveles de los neurotransmisores (dopamina, serotonina y noradrenalina), los niños y niñas presentan unas características u otras. El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad se caracteriza por unos niveles bajos en los que respecta a los tres neurotransmisores. En esta tabla se muestran las diferencias que existen entre los sujetos que presentan unos niveles u otros.

	DOPAMINA	SEROTONINA	NORADRENALINA
Nivel elevado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concentración ▪ Trabajo intenso en las tareas ▪ Estado de alerta 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Satisfacción ▪ Buen estado de ánimo ▪ Atención en una sola cosa ▪ Ayuda a conciliar el sueño 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Busca emociones fuertes ▪ Persigue nuevas actividades ▪ Estado de ánimo positivo ▪ Sostiene la atención
Nivel bajo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Distracción ▪ Dificultad para completar una tarea ▪ Dificultad de anticipación ▪ Retraso en la respuesta ▪ Impulsividad cognitiva (muchas ideas) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insatisfacción ▪ Agresivo ▪ Impulsividad ▪ Comportamiento obsesivo compulsivo ▪ Impulsividad cognitiva 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apagado emocionalmente ▪ Baja energía, apatía ▪ Puede presentar depresión ▪ Reacciones con agresión

Tabla 2. Relación entre el nivel de neurotransmisores y la actividad mental. Elaboración propia basada en la información de esta página https://www.cerebrofeliz.org/articulosdah/cerebro_con_tdah.html

- Problemas durante el embarazo: el consumo de tabaco, alcohol o diferentes sustancias nocivas puede afectar al feto provocándole lesiones cerebrales de distinto tipo o anomalías en el desarrollo del cerebro. También se habla del estrés que sufren las madres durante este período al que se denomina “estrés psicológico inductor de la hiperactividad”. (Sibón, 2010).

2. Factores ambientales: autores como Barkley (2009) antepone las causas biológicas a las ambientales, aunque diversos estudios han demostrado que estas también influyen en el desarrollo del TDAH. Los factores ambientales se relacionan con el entorno en el que se desenvuelve el niño o niña, más concretamente, en el entorno familiar.

- a) Calidad de las relaciones familiares y patrones de interacción (Montiel-Nava et al., 2005). Los niños y niñas, de forma general, necesitan una familia estable que

les ofrezca seguridad y satisfacción de sus necesidades, lo cual favorecerá su desarrollo personal.

- b) Factores socioeconómicos (Sibón, 2010). La situación económica también influye, ya que si esta es complicada afectará a la relación entre los miembros de la familia, lo cual influirá en el desarrollo de los niños y niñas. También, las familias más desfavorecidas suelen habitar en barrios marginales, por lo que los niños o niñas no se desarrollan en los ambientes más adecuados.

Otras causas a tener en cuenta a la hora de detectar el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es darle al niño o niña una alimentación adecuada, ya que diversas investigaciones demuestran que algunos alimentos pueden agravar la hiperactividad aunque no provocarla. Está demostrado que una dieta básica de arroz, pavo, cordero, verduras, frutas, margarina, hortalizas, aceite vegetal, té, zumo de pera y agua, mejora el comportamiento y el rendimiento escolar en los niños y niñas con TDAH. (Barrios et al., 2004).

También se relaciona este trastorno con la intoxicación por plomo aunque actualmente, se ha eliminado dicho elemento químico de los juguetes infantiles y de los entornos más próximos. Varios estudios afirman que el nivel de exposición al plomo es inversamente proporcional al desarrollo cognitivo infantil, es decir, el hecho de estar en contacto, durante un período de tiempo determinado, con el plomo supone un retraso en el desarrollo cognitivo de los niños y niñas, favoreciendo la aparición del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. (Loría-Castellanose, 2014)

3.3. Los trastornos asociados al TDAH

Según la psiquiatra Escamilla (2013), el TDAH es un trastorno que puede aparecer junto con otros trastornos asociados, a los que se denominan trastornos comórbidos. Es decir, existe un trastorno principal (TDAH) al que se asocian otros secundarios y puede acarrear diferentes dificultades en lo que respecta al:

- Diagnóstico: presentan múltiples síntomas pero al tener un trastorno asociado al TDAH es complicado diferenciar los síntomas principales de los síntomas asociados.

- Evolución: esta empeora ya que, a los síntomas del TDAH, se han añadido otros síntomas asociados que influyen, al mismo tiempo, en los problemas derivados del trastorno principal. También requiere de diferentes tratamientos, lo cual dificulta la situación y evolución del sujeto.
- Tratamiento: el TDAH con trastornos asociados acarrea unos síntomas y patologías diferentes. Si estos no se tratan correctamente puede verse afectado el tratamiento al trastorno principal.

Son diversos los trastornos asociados que pueden aparecer en cada situación individual, pueden estar desencadenados por una herencia genética o incluso por la influencia del contexto en el que se desenvuelve dicho sujeto.

La aparición de estos trastornos comórbidos puede estar influida por diferentes factores como el diagnóstico tardío, un bajo cociente intelectual, presencia de trastornos específicos del aprendizaje, un TDAH combinado (inatención-hiperactividad/impulsividad) grave y de larga duración y la presencia de antecedentes familiares con TDAH, trastorno bipolar y/o depresión.

Siguiendo al autor Artigas-Pallarés (2003) los trastornos asociados al TDAH más comunes son los siguientes:

3.3.1. Síndrome de la Tourette

Según el neuropediatra Palencia (2000), el Síndrome de la Tourette se caracteriza por la presencia de tics involuntarios motores y verbales que aparecen junto a algunos trastornos como el TDAH o el Trastorno Obsesivo Compulsivo, antes de los 15 años. Tanto los tics motores como los verbales se pueden clasificar en simples y complejos, dependiendo de cada concreto caso variarán.

a) TICS MOTORES:

- Simples: parpadear o muecas faciales.
- Complejos: saltar, pisotear u olfatear objetos.

b) TICS VOCALES:

- Simples: gruñir o carraspear la garganta.
- Complejos: repetir palabras o frases fuera de contexto, ecolalia (repetir el sonido de la última palabra oída) o palilalia (repetir sonidos o palabras).

La manifestación de esta enfermedad varía en cada caso individual. Puede haber períodos en los que desaparezcan unos tics y aparezcan otros nuevos o puede ocurrir que desaparezcan completamente durante una temporada pero que vuelvan a resurgir otra vez ante una situación de mucho estrés. Muchos autores defienden la carga hereditaria que tiene este trastorno, así que puede ocurrir que se vaya transmitiendo de padres a hijos e incluso empeorando, ya que como se ha expuesto anteriormente puede estar asociado a otros trastornos. Como ocurre en la mayoría de los trastornos cada caso es diferente y presenta unas necesidades individuales que requieren un tratamiento específico.

3.3.2. Trastorno del Espectro Autista (TEA)

Siguiendo al mismo autor, Artigas-Pallarés (2003), se puede destacar las similitudes entre los comportamientos de aquellos que sufren autismo y TDAH. Son dos trastornos que en la mayoría de los casos van ligados, pues los sujetos muestran patrones de comportamiento muy parecidos. Los niños o niñas con TDAH pueden mostrar conductas obsesivas, poca flexibilidad mental así como una mínima tolerancia a los cambios, características propias del TEA.

En cuanto al lenguaje, estos niños o niñas muestran ecolalias, poca interacción verbal y una difícil comprensión oral. Aunque la mayoría de los niños y niñas diagnosticados con TDAH suelen ser muy habladores, en este caso en el que va asociado al autismo, muestran un mutismo selectivo. Esta característica es la que más preocupa a los padres y madres.

El ámbito social también se ve afectado, ya que la interacción con los de su alrededor es mínima.

Estos sujetos comparten rasgos de ambos trastornos por lo que es necesario aplicar un tratamiento específico. En la mayoría de los casos es un tratamiento farmacológico.

3.3.3. *Trastornos de la Comunicación*

Con trastornos de la comunicación se está refiriendo a los Trastornos Específicos del Lenguaje (TEL), los cuales muestran una estrecha relación con el TDAH, así como con la dislexia definida por la RAE como una “dificultad en el aprendizaje de la lectura o la escritura, frecuentemente asociada con trastornos de la coordinación motora”.

Los niños o niñas que padecen TDAH asociado a los trastornos de la comunicación sufren dificultades fonológicas o retraso en el lenguaje, o ambas. Estos sujetos, en un futuro, están en riesgo de presentar dificultades en el aprendizaje de la lectoescritura.

Conforme expone Díaz Atienza (2006) en este campo, las investigaciones son escasas aunque es una comorbilidad muy frecuente. Los niños o niñas que padecen TDAH asociado a los trastornos de la comunicación se caracterizan por mostrar una producción verbal excesiva, les resulta complicado cambiar de tema, manifiestan problemas de expresión e incluso en la adaptación del lenguaje dependiendo del contexto.

3.3.4. *Trastornos del Aprendizaje*

Los trastornos de aprendizaje (TA) poseen una base neurobiológica, en la mayoría de las ocasiones con carga genética, que dificulta al sujeto en el avance de los aprendizajes a pesar de poseer un nivel de inteligencia normal y recibir la instrucción adecuada. Son persistentes y tienen un impacto negativo en el desarrollo escolar del niño o niña, provocando, en la mayoría de los casos, el fracaso escolar. (Sans et al., 2012).

Algunos de los trastornos del aprendizaje más comunes que se recogen en el DSM-V son los siguientes:

- Trastorno específico del aprendizaje con dificultad para la lectura (dislexia): dentro de los trastornos del aprendizaje, este es uno de los más estudiados. Se considera dislexia cuando el sujeto no es capaz de leer con la agilidad esperada respecto a su edad e inteligencia. Pueden aparecer dificultades de comprensión, de velocidad, de precisión o de deletreo. (Galaburda & Cestnick, 2003)
- Trastorno específico del aprendizaje con dificultad para las matemáticas (discalculia): es un desorden estructural de las capacidades matemáticas tales como la comprensión de conceptos numéricos, principios de conteo o la

aritmética. En Educación Infantil es difícil detectarlo, es más común en el primer ciclo de Primaria, es el momento en el que se desarrollan con mayor profundidad los aspectos matemáticos. (Geary, 2006)

- Trastorno específico del aprendizaje con dificultad para la expresión escrita (disgrafía): consiste en una discrepancia entre la capacidad de escribir y la edad del sujeto, lo que causa dificultades en el desarrollo y aprendizaje. Puede darse una disgrafía basada en el lenguaje que acarrea complicaciones a la hora de construir correctamente las palabras escritas, ya que del fonema, se deriva el grafema. (Artigas-Pallarés, 2002)

3.3.5. Trastorno del Desarrollo de la Coordinación

El trastorno del desarrollo de la coordinación (TDC) conocido también como “síndrome del niño torpe” es definido por la APA 1994 (American Psychological Association) como un trastorno motor cuando el sujeto no presenta enfermedades neurológicas, trastornos físicos, retrasos en el desarrollo, retraso mental o un cociente intelectual bajo.

Estos niños o niñas presentan movimientos torpes y descoordinados lo que supone una dificultad para realizar actividades de la vida cotidiana, así como para practicar cualquier deporte. (Gabbard & Caçola, 2010)

En la mayoría de los casos, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad va ligado al Trastorno del Desarrollo de la Coordinación. Está explícito que un 47% de los niños que presentan TDAH muestran comorbilidad con este trastorno.

Existen numerosos estudios que confirman que aquellos sujetos que padecen TDAH y TDC al mismo tiempo, tienen un peor pronóstico. Estos ostentan una personalidad antisocial, delincuencia, abuso de alcohol y drogas y un bajo nivel académico. (Artigas-Pallarés, 2003)

3.3.6. Trastorno de la Conducta

Siguiendo el DSM-IV el trastorno de conducta es “un patrón repetido y persistente de conducta en el que no se respetan los derechos básicos de otros, ni las normas o reglas sociales propias de la edad”.

El trastorno de conducta, junto con los trastornos en el aprendizaje, son los que más afectan en el TDAH. En ocasiones, es complicado determinar si el Trastorno de conducta que sufre el niño o niña es derivado de su Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad o constituye un trastorno principal, el cual requiere tratamiento. En la mayoría de los casos aparecen conjuntamente. (Artigas-Pallarés, 2003)

Dentro de los trastornos de conducta es necesario destacar el Trastorno Negativista Desafiante, cada vez más presente en la infancia, es un patrón recurrente de comportamiento que se caracteriza por ser negativista, desafiante y hostil. (Quiroga et al., 2004)

3.3.7. Trastorno de Ansiedad

La ansiedad y el miedo son dos características presentes en el desarrollo del niño. En la infancia, se presentan diferentes miedos, la mayoría son evolutivos y transitorios, mientras que hay otros, a los que se les denomina patológicos, que perduran en el tiempo y requieren de tratamiento, son las llamadas fobias. (Gamazo & Escantilla, 2009)

Según la psiquiatra Escamilla (2013), los niños y niñas que padecen Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y, al mismo tiempo trastorno de ansiedad, presentan conductas de inquietud, cansancio, problemas de concentración y dificultades a la hora de conciliar el sueño. Existen varios tipos de ansiedad, en estos casos, los más frecuentes son el trastorno de ansiedad por separación, trastorno de angustia, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno obsesivo compulsivo (TOC).

Artigas-Pallarés (2003) afirma que, según estudios genéticos, el TDAH y la ansiedad son trastornos independientes, pero se potencian conjuntamente.

3.3.8. Trastornos Depresivos

Los trastornos depresivos en la infancia y en la adolescencia suponen una situación afectiva de tristeza, con una duración e intensidad considerable y se produce cuando se presentan una serie de síntomas combinados, los cuales dan lugar a alteraciones en la conducta y sentimientos, alterando así el desarrollo. (Rodríguez & Granada, 2007)

Los sujetos diagnosticados con TDAH suelen presentar trastornos depresivos bastantes años después. Los aspectos depresivos más relevantes que suelen presentar

estos niños son la falta de autoestima, estado de ánimo irritable, poca energía y problemas del sueño. (Artigas-Pallarés, 2003)

3.3.9. Trastornos por Uso de Sustancias

Los sujetos diagnosticados como TDAH tienen mayor riesgo de desarrollar, en un futuro, un trastorno por consumo de sustancias adictivas (drogas y alcohol). Este trastorno afecta, en la mayoría de las ocasiones, a los adolescentes y adultos. El hecho de padecer Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad se asocia al inicio más temprano del abuso de sustancias y, al mismo tiempo, presentan mayores dificultades en la desintoxicación. (Ramos-Quiroga, et al., 2006)

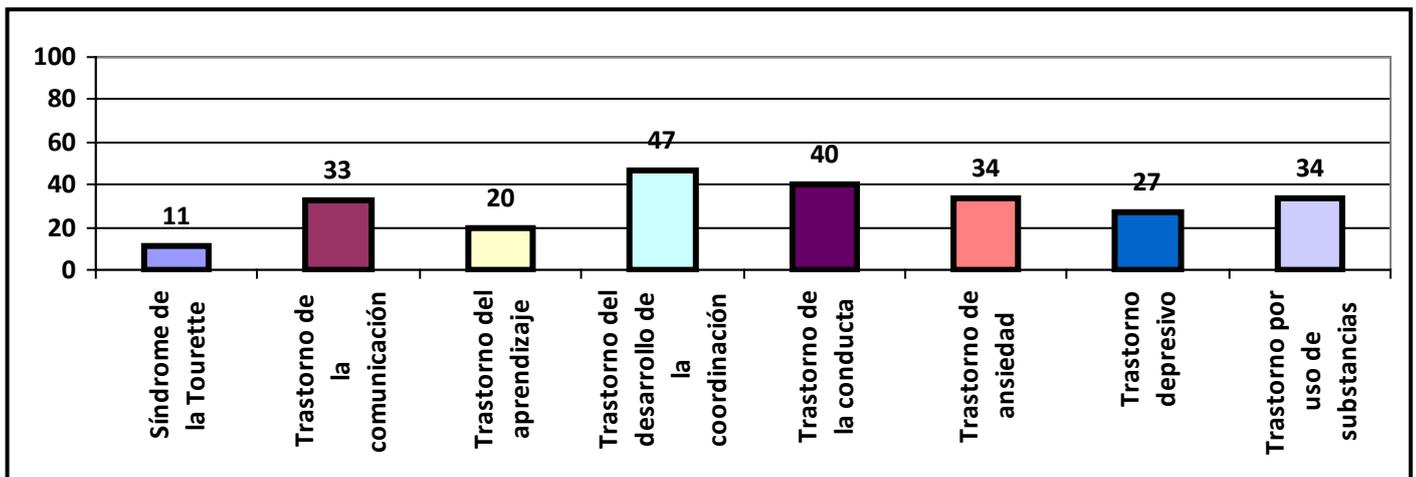


Gráfico 1. Trastornos asociados al TDAH expresado en porcentajes. Gráfica de elaboración propia basada en la información de la página www.tdahytu.es y del documento “Comorbilidad en el trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad” de Artigas-Pallarés (2003).

Como se puede apreciar en esta gráfica son varios los trastornos que pueden llegar a presentarse junto al TDAH. Entre ellos, destaca el Trastorno del Desarrollo de la Coordinación, el 47% de los sujetos además de presentar un Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, también presentan dificultades en este ámbito. Otro de los más frecuentes es el Trastorno de conducta, uno de los que más afecta en el contexto escolar con un 40%. Por el contrario, se puede señalar que el trastorno que menos aparece asociado al TDAH es el Síndrome de la Tourette, tan solo el 11% de los sujetos lo padecen.

3.4. La evaluación y el diagnóstico del trastorno

“Diagnosticar el TDAH no es una tarea sencilla pero, un buen diagnóstico es la base de un buen tratamiento”. (Aguilar, 2014)

Los manuales diagnósticos han ido evolucionando a lo largo de los años, lo cual ha hecho que surjan cambios en cuanto a los criterios diagnósticos de los trastornos. En este caso, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad ha experimentado un cambio del DSM-IV al DSM-V, en lo que respecta a los criterios. Son necesarios tenerlos en cuenta y observar si están presentes en la conducta de los niños y niñas con el objetivo de realizar una detección precoz para que, posteriormente, se pueda llevar a cabo un tratamiento adecuado.

Los criterios diagnósticos que se recogen en el actual DSM-V son los siguientes:

- 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:
 - 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., 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).
 - 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).

- e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales, dificultad para poner los materiales en orden, mala gestión del tiempo).
 - f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares).
 - g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, libros, gafas).
 - h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos.
 - i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas).
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 las actividades sociales y académicas/laborales:
- a. Con frecuencia juguetea 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 en el asiento, (p. ej., se levanta en la clase).
 - c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado (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).
 - f. Con frecuencia habla excesivamente.

- g. Con frecuencia responder inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros o no respeta el turno de palabra).
- h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno.
- i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones o actividades, puede utilizar cosas de otros sin pedir permiso).

Siguiendo el diagnóstico que expone el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales del APA se deben tener en cuenta algunas consideraciones como que algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivo están presentes antes de los 12 años. También deben estar presentes en dos o más contextos (aula, colegio, trabajo).

El DSM-V señala que los síntomas que pueden llegar a presentar el niño o la niña con TDAH influyen en el desarrollo social y académico, reduciendo así la calidad de estos.

3.4.1. Tipos

Dependiendo de los síntomas que presente el sujeto el TDAH se puede presentar de diferentes formas:

- **Presentación combinada:** cuando se cumple el criterio A1 (inatención) y el criterio A2 (hiperactividad e impulsividad) durante los últimos 6 meses.
- **Presentación predominante con falta de atención:** cuando se cumple el criterio A1 (inatención) pero no se da el criterio A2 (hiperactividad e impulsividad) durante los últimos 6 meses.
- **Presentación predominante hiperactiva/impulsiva:** cuando se cumple el criterio A2 (hiperactividad e impulsividad) pero no se da el criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

3.4.2. Nivel de afectación

Como todos los trastornos, dependiendo de cada caso individual, afectará en mayor o en menor medida. En este aspecto se puede señalar:

- **Leve:** pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, estos provocan un deterioro mínimo en el funcionamiento social o académico.
- **Moderado:** síntomas o deterioros funcionales presentes entre “leve” y “grave”.
- **Grave:** presencia de muchos síntomas, aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro en el funcionamiento social o laboral.

La evaluación del TDAH es un proceso complejo y complicado. Está claro que el proceso de evaluación en cada caso particular, es diferente, pues no todos los niños y niñas presentan el mismo patrón. Puede darse el caso de que los síntomas estén tan presentes que, a través de la observación directa y el registro en los diferentes cuestionarios diseñados, se llegue a realizar un correcto diagnóstico. En otras ocasiones, se pueden encontrar sujetos que presenten síntomas o conductas similares a los TDAH pero no padecerlo, se puede tratar de otro tipo trastorno en el que los comportamientos sean análogos (por ejemplo, trastorno de conducta). (Mateo, 2006)

Es necesario tener en cuenta que un mal diagnóstico puede llegar a acarrear consecuencias negativas en lo que refiere a la salud mental y emocional del niño o niña. En el caso de que el diagnóstico fuera erróneo y las necesidades de los sujetos no fueran atendidas y satisfechas, el trastorno se agravaría. Se podría llegar a cometer el error de un diagnóstico falso o un “etiquetado” por parte del resto del alumnado, familias o docentes. Es decir, se produciría el “Efecto Pigmalión”, se reducen las expectativas de éxito en la capacidad de rendimiento del sujeto afectado, dañando así su autoestima. (Aguilar, 2014)

Campbell (citado en Maciá, 2012, p. 73) considera necesario antes de realizar cualquier evaluación, estudiar la conducta del niño o niña en relación a su desarrollo evolutivo, así como es importante tener en cuenta los contextos en los que se desenvuelven (familiar, social y escolar). Para ello, señala cinco aspectos a tener en cuenta a la hora de realizar una evaluación:

1. Valorar la conducta en relación a su desarrollo: edad cronológica, nivel cognitivo y social, contexto familiar y algunas variables sociales y culturales.
2. Recoger información acerca de forma de educar de los padres y la actitud que muestran ante las conductas de su hijo o hija, teniendo en cuenta qué consideran ellos como conducta problemática.
3. Diferenciar entre las “conductas problemáticas” y aquellas que puedan ser consideradas como síntomas de algún trastorno. Para ello es necesario tener en cuenta la intensidad y la frecuencia de los posibles síntomas.
4. Conocer los problemas comunes del desarrollo propios de cada etapa del desarrollo evolutivo de los sujetos.
5. Conocer el desarrollo de los problemas de conducta y el impacto a largo plazo. Algunas conductas (negativismo) aparecen como consecuencia de una mala respuesta parental y puede llegar a convertirse en un problema de conducta incluso desencadenar en un trastorno.

Este autor señala la necesidad de tener en cuenta estos aspectos a la hora de realizar cualquier evaluación de un trastorno pero, especialmente importante es en el caso del TDAH. Como ya se ha mencionado anteriormente, existe el riesgo de un sobre diagnóstico y tratarse simplemente de un problema de conducta propio de la etapa de desarrollo en la que se encuentra el sujeto.

En el momento de diagnosticar, el autor Mateo (2006) señala la importancia de llevar a cabo un protocolo de identificación por parte del tutor y los padres con el objetivo de realizar un diagnóstico adecuado.

Uno de los primeros pasos es que el docente se reúna con los padres. Si se da el caso en el que maestro ha observado conductas que le lleven a sospechar que su alumno o alumna presenta comportamientos propios de un posible trastorno será necesario que lo derive a los especialistas. Siempre debe aportar información que le haya llevado a establecer esas conclusiones como por ejemplo, algunas conductas disruptivas que haya experimentado en el aula. Antes de realizar cualquier tipo de derivación se debe contar con la autorización de los familiares más cercanos.

Una vez realizada esa reunión informativa con los padres, el siguiente paso consiste en recabar información acerca de la historia clínica del niño o niña con posibilidad de TDAH. En este punto es necesario obtener datos referidos al desarrollo prenatal y perinatal, si en la familia hay algún miembro que padezca este trastorno, cómo adquirió los hitos evolutivos y la historia escolar. Haciendo referencia a esta última, es necesario conocer cómo fue su adaptación por primera vez en Educación Infantil, las relaciones que establecía, si había exceso de movimiento o cómo vivió el niño o niña el desapego con los padres. La Educación Primaria es una de las bases para detectar este trastorno ya que es una etapa más compleja en la que se requiere adquirir una serie de conocimientos y unas normas más consolidadas. De este período es necesario recoger información en base a la adquisición de la lecto-escritura, el nivel de atención en el aula, si se le llamaba mucho la atención porque estaba inquieto, la aplicación de correctivos y las relaciones que establecía tanto con la maestra como con los demás compañeros.

Una vez recogida toda esta información, un instrumento fundamental a la hora de realizar cualquier evaluación es la observación directa. A través de registros observacionales se anotarán las conductas más frecuentes y la severidad de estas. Será un trabajo compartido entre el contexto familiar y escolar, pues como se ha señalado anteriormente los síntomas del TDAH deben aparecer en dos o más contextos.

Cuando las conductas ya estén registradas, el último paso consiste en pasar las pruebas estandarizadas para diagnosticar el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

3.4.3. Pruebas

Las pruebas que se pueden llegar a administrar para valorar la presencia de TDAH son variadas y múltiples. Vicente Félix Mateo es un psicólogo de la Universidad de Valencia que ha realizado múltiples estudios acerca del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Dependiendo del autor que realice los estudios las clasificaciones de las pruebas son variables. En este caso se va a recopilar la información en dos tablas que recogen numerosos test, escalas y cuestionarios, ambas basadas en la propuesta de Vicente Félix Mateo, una más general (2005) y otra más específica (2006) que evalúa los diversos aspectos que influyen en el TDAH.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DEL TDAH (GENERAL)	
Listas generales de problemas	ESCALA DE PROBLEMAS DE CONDUCTAS PARA PADRES (EPC) (Navarro, Peiró, Llácer y Cols, 1993)
	INVENTARIO DE PROBLEMAS EN LA ESCUELA (IPE) (Miranda, Martorell, Llácer y Cols, 1993)
	INVENTARIO DE SÍNTOMAS INFANTILES DE STONY BROOK (Gadow y Sprafkin, 1995)
Escala específica de la Hiperactividad	ESCALAS CONNERS
	ESCALA IOWA-CONNERS PARA EL PROFESOR
	CUESTIONARIO DE AUTOCONTROL PARA PADRES Y PROFESORES
	CUESTIONARIO DE CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS PARA PREESCOLARES
	ESCALA DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (EDAH)
Escalas para evaluar la Variación Situacional	CUESTIONARIO DE SITUACIONES EN LA ESCUELA

Tabla 3. Pruebas diagnósticas del TDAH. Tabla general de elaboración propia basada en la información del documento “Perspectivas Recientes en la Evaluación Neuropsicológica y Comportamental del Trastorno por Déficit de Atención con/sin Hiperactividad” de Mateo (2005).

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DEL TDAH (ESPECÍFICA)	
Estimaciones comportamentales para padres y profesores	ESCALA CONNERS
	ESCALA IOWA DE HIPERACTIVIDAD Y AGRESIVIDAD DE CONNERS PARA PROFESORES
	CUESTIONARIO DE SITUACIONES EN LA ESCUELA (Barkley, 1981)
	CUESTIONARIO DE SITUACIONES EN EL HOGAR (Barkley, 1981)
	ESCALAS PARA LA EVALUACIÓN DEL DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (EDAH) (Farré Narvona, 1997)
	INVENTARIO DE SÍNTOMAS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES STONY BROOK (Gadow y Sprakin, 1995)
Test y pruebas específicas para la evaluación de la atención	TEST DE CARAS (Thurstone y Yela, 1979)
	TEST DE CANCELACIÓN DE FIGURAS (Rudel, Denkla y Borman, 1978)
	TEST DE EJECUCIÓN CONTINUA (CPT; Rosvold et al., 1956)
	PERFIL ATENCIONAL DEL WISC-R (Wechsler, 1974)
	PRUEBAS DE ATENCIÓN DEL SEMINARIO DE PEDAGOGÍA DEL INSTITUTO PONTIFICIO S. PÍO X (1961)
	SUBTEST DE INTEGRACIÓN VISUAL DEL ITPA (TEST ILLINOIS DE APTITUDES PSICOLINGÜÍSTICAS. Kirk, McCarthy y Kirk, 1986)
Pruebas de impulsividad	MFFT (Severa y Llabrés, 2000)
	TEST DE EJECUCIÓN CONTINUA
Pruebas de control inhibitorio	TEST DE STROOP (Stroop, 1935)
	SUN-MOON STROOP (Gestadt, hong, Diomond, 1993)
	TAREA DE STOP (Logan y Cowan, 1984)
	TAREA DEL CÍRCULO

Pruebas de organización y planificación	TEST TRAIL-MAKING
	FIGURA COMPLEJA DE REY (Rey, 1994)
	TORRE DE LONDRES (Shallice, 1982)
Pruebas de memoria de trabajo	PRUEBA DE MEMORIA DE CONTEO (Case, Kurland y Goldberg, 1982)
	TAREA DE MEMORIA DE TRABAJO DE ORACIONES (Siegel y Ryan, 1989)
	TAREA DE RECUERDO ESPACIO-TEMPORAL (Dubois et al., 1995)
Pruebas de inteligencia	ESCALAS DE INTELIGENCIA DE WECHSLER-WISC (WISC-IV)
Perseveración en la respuesta	TEST DE CLASIFICACIÓN DE CARTAS DE WISCONSIN (Heaton, 1981)
Comorbilidad	LISTADO DE SÍNTOMAS DE COMORBILIDAD STONY BROOK (Gadow y Sprafkin, 1995)
	ANSIEDAD: CAS (Gillis, J.S.) ENTREVISTA CON PADRES Y PROFESORES
	DIFICULTADES DE APRENDIZAJE: LECTO-ESCRITURA (T.A.L.E.; PROLEC; NAC LENGUA) CÁLCULO (PRUEBA DE CANALS, TEA; NAC MATEMÁTICAS)
	DEPRESIÓN (Kovacs, M., 1992). INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL
	ENTREVISTA CON PADRES Y PROFESORES
	COMPORTAMIENTO OPOSICIONISTA/DESAFIANTE (TEST DE CONNERS)
	TRASTORNO DE CONDUCTA (OBSERVACIÓN DIRECTA, ENTREVISTA PADRES Y PROFESORES)

Tabla 4. Pruebas diagnósticas del TDAH. Tabla general de elaboración propia basada en la información del documento “Recursos para el diagnóstico psicopedagógico del TDAH y comorbilidades” de Vicente Félix Mateo (2006).

Como se ha señalado anteriormente son muy numerosas las pruebas que se utilizan para diagnosticar el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad pero existen algunas que tienen más utilidad que otras en el ámbito escolar. De los citados en las dos tablas anteriores vamos a destacar, por un lado, algunos de los cuestionarios generales de evaluación y por otro, algunos de los cuestionarios específicos de evaluación más utilizados en las aulas.

Cuestionarios generales de evaluación: (Tabla 3)

- ESCALA DE PROBLEMAS DE CONDUCTAS PARA PADRES (EPC) (Navarro, Peiró, Llácer y Cols, 1993)

Consiste en una escala formada por 99 ítems destinada a las familias para evaluar los problemas de conducta de su hijo o hija. Evalúan siete aspectos: problemas académicos, conducta antisocial, timidez-retraimiento, problemas patológicos, problemas de ansiedad, problemas psicósomáticos y la adaptación social. (Garaigordobil, 2005)

- INVENTARIO DE PROBLEMAS EN LA ESCUELA (IPE) (Miranda, Martorell, Llácer y Cols, 1993)

Es un cuestionario compuesto por 93 ítems clasificados en cinco categorías: problemas de aprendizaje, conducta antisocial, timidez-ansiedad, retraimiento e inadaptación escolar. (García & Magaz, 2011)

Cuestionarios específicos de evaluación: (Tabla 4)

- ESCALAS CONNERS

Uno de los instrumentos más utilizados en la evaluación del TDAH son las Escalas Connors. Estas se crearon con el fin de evaluar el cambio de conducta en los niños y niñas con TDAH que estaban recibiendo tratamiento farmacológico. Actualmente, son utilizadas para recoger información antes de determinar el tratamiento adecuado en cada caso particular.

Las Escalas Connors están compuestas por una serie de síntomas que se evalúan en una escala Likert de cuatro grados: nada (0), poco (1), bastante (2) y mucho (3). Existen cuatro versiones de estas escalas: dos extensas y dos abreviadas. En la escala realizada por los padres se evalúan aspectos como los problemas de conducta, problemas de

aprendizaje, quejas psicósomáticas, impulsividad/hiperactividad, y ansiedad. Las escalas de los maestros tienen otro formato diferente, estos evalúan los problemas de conducta, la hiperactividad y la desatención. Además se incluye un Índice de Hiperactividad formado por diez ítems para padres y para maestros para evaluar si presentan conductas prototípicas de la hiperactividad.

Esta prueba es realizada tanto por los maestros como por las familias. Una vez realizada esta evaluación son los profesionales los que se encargan de analizarla y determinar si el sujeto presenta TDAH o se trata de conductas propias de la edad. (Amador, et al., 2002)

- ESCALAS DE INTELIGENCIA DE WECHSLER-WISC

Estas escalas de inteligencia han evolucionado y variado con el paso de los años. Actualmente, se aplica el WISC-IV publicado en el 2003. Según expone el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos consiste en una prueba de inteligencia que evalúa las capacidades cognitivas de los sujetos.

El WISC-IV se centra en la evaluación de la comprensión verbal, el razonamiento perceptivo, la memoria de trabajo y la velocidad de procesamiento. Estos aspectos son evaluados a través de quince pruebas diferentes (Jiménez, 2007) como se muestra en la figura 2.

Este test se le aplica a sujetos con una edad comprendida entre los 6 y los 16 años, es decir, se centra especialmente en la Educación Primaria y Secundaria. Es utilizado para conocer el nivel de habilidades cognitivas o el funcionamiento neuropsicológico en sujetos que presenten Altas Capacidades, Retraso Mental, Trastornos de Aprendizaje o TDAH.



Figura 2. Aspectos que evalúa el test WISC-IV y las diferentes pruebas que se realizan. Elaboración propia basada en la información del documento “Escala Wechsler de Inteligencia para el nivel escolar (WISC-IV) de Jiménez (2007).

3.5. El tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Un tratamiento adecuado del TDAH es un trabajo multidisciplinar, es decir, existen tres tipos de tratamientos generales que pueden ser útiles a la hora de trabajar con el

sujeto que padece Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. En este caso, se señala un tratamiento farmacológico, una intervención psicopedagógica y un tratamiento psicológico. (Lavingne & Romero, 2010)

El TDAH es uno de los trastornos que más afecta tanto al contexto educativo como al familiar. Lo más importante, sea cual sea el tratamiento que va a recibir el sujeto, es crear un ambiente favorable para su desarrollo. Además, se requiere especial coordinación entre los profesionales, el centro educativo y las familias. (Aguilar, 2014)

Este trastorno se trata a través de tres vertientes, aunque es necesario tener en cuenta los posibles efectos que puede acarrear en el desarrollo del niño o niña con TDAH. Por ello, la decisión será del especialista, pero siempre contando con la autorización de las familias.

a) Tratamiento farmacológico

Muchos especialistas, al considerar el Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad como un trastorno de origen neurológico, optan por esta opción. Diversas investigaciones afirman que el uso de medicamentos psicoestimulantes aumenta la atención y disminuye los niveles de hiperactividad. (Aguilar, 2014)

La edad adecuada para comenzar el tratamiento farmacológico es a partir de los 6 años. Está comprobado que estos medicamentos tienen efectos secundarios y se desconocen las consecuencias que puede tener en el cerebro de los niños que están en pleno desarrollo a largo plazo. Por ello, se descarta la posibilidad de administrar esta medicación antes de los 6 años, ya que además de que les pueda llegar a afectar en un futuro, diversos autores afirman que producen efectos secundarios de tipo emocional, más propios de estas edades como lloros o irritaciones. También en los primeros años de tratamiento farmacológico, los niños o niñas con TDAH pueden sufrir una disminución de peso y talla. (Macià, 2012)

La familia es la responsable del tratamiento de su hijo o hija por lo que tiene derecho a contar con todo el apoyo y materiales necesarios (Benjet et al., 2010). Es una gran labor, ya que será en el contexto familiar donde se le administre la medicación comenzando con dosis bajas que se irán aumentando progresivamente. (Macià, 2012)

El tratamiento farmacológico se prolongará mientras los síntomas del TDAH afecten al desarrollo personal, social y educativo. Existen casos en los que los síntomas desaparecen en la vida adulta; otros, perduran con más o menos intensidad a lo largo del tiempo. Cada caso es diferente. (Bienderman et al., 2006, citado en Macià, 2012, p. 116)

En España, se administra el “metilfenidato” un psicoestimulante que dependiendo del tiempo que tarde en hacer efecto y las horas de duración de dicho efecto se clasifican en tres grupos: (Macià, 2012)

- Metilfenidato de liberación inmediata (Rubifén y Medicebran): hace efecto a los 30 minutos de consumir la dosis y dura 4 horas aproximadamente. Es importante no administrarlo a partir de las 17/18 horas ya que puede influir en las horas de sueño del sujeto. En algunos casos se produce “el efecto rebote”, es decir, al final del día cuando se pasa el efecto de la pastilla, los síntomas pueden aparecer con mayor intensidad.
- Metilfenidato de liberación prolongada con tecnología pellets (Madikinet): comienza el efecto tras 30 minutos después de la toma y dura 7/8 horas. En este caso, se le suele administrar la primera pastilla a la hora del desayuno. De esta manera, la segunda se dará en la merienda, teniendo en cuenta la hora para que no influya en el sueño. Así pasa la tarde calmado y es capaz de concentrarse en realizar las tareas del colegio.
- Metilfenidato de liberación prolongada tecnología osmótica: tiene efecto inmediato, ya que parte de la pastilla se libera en el momento. La otra parte lo hace poco a poco a partir de la primera hora. De esta manera, se consigue un efecto prolongado de 10/12 horas, por lo que con una única pastilla al día es suficiente.

b) Tratamiento psicopedagógico:

El TDAH influye en varios contextos, pero uno de los que se ve más afectado es el escolar. La falta de atención, la hiperactividad y la impulsividad suponen un hándicap a la hora de realizar las tareas escolares y de superar los retos propuestos. Una de las causas del fracaso escolar es este trastorno, por ello es labor de los maestros y del equipo psicopedagógico del centro hacer todo lo que esté en su mano para favorecer un

ambiente adecuado y poner en marcha las estrategias necesarias con el fin de favorecer el éxito educativo del sujeto que padece Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. (Aguilar, 2014)

Una vez llevada a cabo la evaluación del sujeto con TDAH se requiere la realización de un plan de intervención psicopedagógica en el que el niño o niña será el protagonista, pero también es necesaria la coordinación de todos los agentes que forman parte del contexto del niño: profesores, centro educativo, familias y especialistas.

El tratamiento psicopedagógico es individual, tienen en cuenta las características del sujeto, así como las necesidades que presenta. Los programas más adecuados para los niños o niñas que presentan TDAH son los programas de intervención específicos en los que se reformulan los objetivos y contenidos a alcanzar y están más centrados en las dificultades que presenta el sujeto como el control de impulsos, el comportamiento, la atención, la motivación, la autoestima, entre otros. (Lavingne & Romero, 2010)

En el contexto escolar, el responsable de tomar unas decisiones u otras acerca de la forma de trabajar o de las estrategias adecuadas para favorecer el desarrollo e integración del sujeto es el psicopedagogo o el profesor de Pedagogía Terapéutica del centro. Serán estos profesionales quienes realicen las adaptaciones necesarias, pero siempre con la coordinación del tutor o tutora del grupo y el equipo de orientación. Los objetivos que se buscan con esta intervención son la mejora del rendimiento escolar, la aportación de diferentes recursos que le sirvan para solventar las posibles dificultades que se le puedan presentar, fomentar una motivación hacia el estudio y aprendizaje y favorecer un desarrollo social adecuado. El tratamiento psicopedagógico es muy importante en la vida del niño o niña y nunca debe ser sustituido por los fármacos, en los casos más complicados debe ser un tratamiento combinado. (Aguilar, 2014)

c) Tratamiento psicológico

Este es uno de los tratamientos más utilizados, ya que muchas de las familias con hijos o hijas que presentan TDAH priorizan este tipo de tratamiento ante los fármacos. Numerosos estudios demuestran que el tratamiento farmacológico es el más eficaz, pero ante la negativa de las familias es conveniente comenzar con un tratamiento psicológico. Aunque lo adecuado será una terapia combinada (farmacológico y psicológico). (Eddy, 2006)

Estos tratamientos psicológicos fijan su atención en los aspectos conductuales, sociales y emocionales, dejando al margen lo relacionado con el tema académico. (Aguilar, 2014). Deben ser individualizados, con unos objetivos determinados dependiendo de las características y necesidades que presente el sujeto, teniendo en cuenta la comorbilidad y las repercusiones que existen en el desarrollo evolutivo del niño y los contextos donde se desarrolla. (Macià, 2012)

Según varios estudios, uno de los tratamientos psicológicos más eficaz es el que se centra en el niño, en los padres y en la escuela. En él se utilizan programas de entrenamiento a padres y profesores y técnicas cognitivo-conductuales con el niño o niña. (Macià, 2012)

Es el psicólogo, con la colaboración de los docentes del centro, los que se encargan de entrenar a las familias para que sean capaces de intervenir en el trastorno de sus hijos o hijas. (Aguilar, 2014). Algunos de los aspectos que se les enseñan a padres son técnicas para mejorar la conducta de sus hijos o hijas. Es necesario crear un ambiente estructurado con unas normas claras y sus respectivas consecuencias en caso de que no se cumplan. El objetivo de este tratamiento es crear una autonomía en el sujeto para conseguir un autocontrol, autonomía en lo que respecta a las actividades diarias, mejorar su autoestima y con ello, que llegue a establecer unas relaciones sociales satisfactorias. (Eddy, 2006)

Algunas de las técnicas de modificación de conducta que se les enseñan a las familias son las siguientes: (Macià, 2012)

- 1) Refuerzo positivo: recompensa que se le ofrecerá al sujeto tras realizar la conducta deseada aumentando la probabilidad de que esta se repita (Pan, 2010). Los reforzadores (recompensas) pueden ser materiales (chucherías), de actividad (jugar a la consola) o sociales (expresiones orales: “muy bien hecho”).
- 2) Extinción: el objetivo es que una conducta determinada desaparezca. Para ello, es necesario prestar atención a los refuerzos positivos, deben desaparecer. El hecho de llamarle la atención cuando el sujeto no hace algo bien puede ser un reforzamiento positivo, en estos casos es mejor ignorar dicha conducta para que desaparezca.

- 3) Castigo positivo: consiste en la administración de un estímulo desagradable (un grito) para el sujeto ante una conducta que debe eliminarse.
- 4) Castigo negativo: al contrario, ante una conducta no deseada se le quita un reforzador positivo o estímulo de su agrado (la televisión) con el objetivo de que dicha conducta desaparezca. (Macià, 2012). Dentro de este se encuentra:
 - a. Tiempo fuera: consiste en sacar al niño o niña durante un tiempo razonable fuera de la situación ante una mala conducta.
 - b. Coste de respuesta: se trata de retirar reforzadores positivos o estímulos agradables para el sujeto ante una conducta inadecuada. Por ejemplo: dejarlo en la clase durante un rato del recreo.
- 5) Reforzamiento diferencial: (Macià, 2012).
 - a. Reforzamiento diferencial de otras conductas: se refuerzan períodos tiempo en los que se dan conductas diferentes a la que se quiere eliminar.
 - b. Reforzamiento diferencial de respuestas incompatibles: consiste en reforzar las conductas contrarias a las que se desean eliminar. Por ejemplo: felicitar al sujeto cuando esté sentado con el objetivo de que no se levante en la clase.
 - c. Reforzamiento diferencial de tasas bajas de conducta: se produce cuando se desea reducir la frecuencia de la conducta, pero no eliminarla por completo.
- 6) Economía de fichas: es una técnica de condicionamiento operante. Consiste en ofrecerle una ficha cada vez que desempeñe una conducta adecuada. Estas fichas serán canjeadas por premios con un previo acuerdo con el sujeto. (Pan., 2010)
- 7) Contrato conductual: es un documento escrito que se realiza entre los padres e hijo o hija; o, en el contexto educativo entre el tutor y el alumno o alumna. Se acuerda que conductas debe realizar y las posibles consecuencias si las incumple. (Pan., 2010)

4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

4.1. Justificación

Esta propuesta de intervención está destinada a las aulas de Educación Infantil. Es cierto, como se ha señalado anteriormente que en estas edades tan tempranas no se puede realizar ningún tipo de diagnóstico específico del TDAH, pues los niños y niñas son todavía muy pequeños y están en el pleno proceso de desarrollo. Por ello, se trata de una propuesta con carácter preventivo con la intención de potenciar aquellas cualidades que se pueden ver afectadas al padecer dicho trastorno. Como ya se ha expuesto al principio, en la mayoría de los casos el TDAH es una cuestión genética, la cual no se puede evitar. Es importante incidir en esta realidad desde un enfoque global porque una de las garantías de esta propuesta es la anticipación y atención a algunos aspectos que no suelen cobrar demasiada importancia en las aulas (atención, control de impulsos y actividad excesiva sin ningún fin) y debe ser beneficiosa para todos los alumnos y alumnas del grupo.

Al observar la manera en la que se desarrollan las clases en la actualidad, se puede decir que, normalmente, en las programaciones no se contempla un enfoque preventivo del TDAH ni de otros trastornos, no se tienen en cuenta la posibilidad de trabajar los aspectos señalados anteriormente desde edades tempranas con el fin de incidir positivamente en el desarrollo de todo el alumnado.

Atender esta realidad educativa es un aspecto complejo pues, en primer lugar, los recursos que existen en el aula son insuficientes. También se considera fundamental que los docentes adquieran una formación especializada en cuanto a las necesidades o dificultades que pueda presentar su alumnado y cómo atenderlas y satisfacerlas. Aunque existe mucha información acerca de cómo tratar el TDAH en la Educación Primaria y Secundaria, no existe una práctica escolar intencionada en la Educación Infantil desde donde ya se pueden ir trabajando aspectos muy importantes y necesarios en lo que refiere al desarrollo cognitivo del alumnado.

Se considera necesario desde que comienzan su etapa escolar el hecho de trabajar la atención a través de actividades que requieran concentración y, al mismo tiempo, que sean motivantes para conseguir dicho grado de abstracción, siempre adaptadas a Educación Infantil. También, es importante dedicar un determinado tiempo a

actividades de movimiento, incluso actividades libres, en las que los niños y niñas puedan realizar diferentes ejercicios de movimiento muy necesarios en esta etapa. Como afirma Martínez (2014) los primeros años son esenciales ya que la psicomotricidad favorece su desarrollo evolutivo al mismo tiempo que les permiten adquirir una conciencia de sí mismos e interactuar con todo aquello que los rodea.

Después de cualquier actividad de movimiento el maestro o maestra debe tener la capacidad de conducir a su alumnado a una sesión de relajación, a través de diversas técnicas como puede ser la música. Es necesario destinar un período de tiempo establecido, pues la relajación favorece un mayor rendimiento en las tareas posteriores.

En esta pequeña propuesta de intervención se pretende recoger una serie de conductas específicas que puede llegar a presentar el alumnado diagnosticado como TDAH, teniendo en cuenta que va dirigido a la Educación Infantil así que pueden servir de señales de un futuro caso TDAH y, a partir de ellas, se elaborará un listado de estrategias y actividades en relación a ellas. En las aulas se pueden observar gran cantidad de conductas propias de este trastorno, aunque se han seleccionado las más comunes basadas en la experiencia laboral de una maestra con mucha sabiduría y práctica en las aulas de este nivel educativo. Dichas conductas se clasificarán según su relación con la falta de atención, la impulsividad o la hiperactividad, a las que se les asignarán unas estrategias y unas actividades determinadas para trabajarlas en el aula.

Sería objeto de un posible trabajo de campo futuro el recoger desde la experiencia de muchos más profesores de Educación Infantil dicha relación de conductas indicadoras de posible TDAH futuro, e incluso utilizando metodología cualitativa y también estadística poder realizar inferencias y descripciones de carácter poblacional. Sin embargo, como ocurre con muchas cuestiones educativas de este tipo, con resultados a largo plazo y de carácter preventivo, es muy difícil controlar la complejidad en la que se encuentran inmersas. La hipótesis que subyace en este trabajo es que atender esta cuestión intencionalmente por parte del docente, de modo didáctico, recogido en la Programación del centro, permitirá su posible revisión acerca de la incidencia en la realidad concreta del centro, siendo la propia práctica y el alumnado y sus características los que puedan ir guiando el proceso de intervención.

Siguiendo la ORDEN de 28 de marzo de 2008 en la que se aprueba el currículo de Educación Infantil y su aplicación en los centros docentes de Aragón, en la que se expone que la Educación Infantil está dividida en dos ciclos de 0 a 3 años y de 3 a 6 años y constituye una etapa integrada, ya que el alumnado progresando en su desarrollo evolutivo.

El segundo ciclo de Educación Infantil, al cual va dirigida la posible propuesta de intervención, está organizado en tres áreas: Conocimiento de sí mismo y autonomía personal; Conocimiento del entorno; y, Lenguajes: comunicación y representación. En torno a estas áreas se desarrolla la programación de las aulas facilitando la planificación y el desarrollo del proceso enseñanza-aprendizaje.

4.2. Principios subyacentes a esta propuesta de intervención

Con el fin de desarrollar esta intervención se han seleccionado entre muchas posibilidades los siguientes principios:

- Se debe favorecer un desarrollo no excepcional de la clase a través de una serie de estrategias

El objetivo es desarrollar una serie de estrategias a partir de las conductas concretas de riesgo de TDAH observadas en el aula que favorezcan el desarrollo normal de la clase pero que, al mismo tiempo, no interfiera ni suponga ninguna dificultad ni al profesorado ni al alumnado.

- Se pretende diseñar una serie de estrategias y actividades útiles para todo el grupo desde un punto de vista preventivo.

Las estrategias y actividades van destinadas a todos los alumnos y alumnas que forman la clase, no solo para aquellos o aquellas que presenten mayor dificultad de atención o sean más impulsivos y movidos. Se plantean desde un enfoque integrador favoreciendo así la socialización en el aula.

- El profesorado debe tener en mente que son muchos los trastornos que pueden desarrollarse en su alumnado, así que desde las primeras etapas deben poner en práctica sus conocimientos adquiridos.

El profesorado debe tener en cuenta la posibilidad que existe de que su alumnado presente cualquier tipo de trastorno o pueda llegar a presentarlo. Por ello, debe conocer los aspectos básicos de dicho trastorno, así como sus síntomas para favorecer una detección precoz en el caso de que alguno de sus alumnos o alumnas lo llegaran a presentar.

- El diseño de las estrategias y actividades para cada conducta se intentará que sea una propuesta con material didáctico de uso generalizado para cualquier docente.

La construcción de las estrategias y el diseño de las actividades son propuestas pensadas para la utilidad del profesorado en las aulas de Educación Infantil.

- Las actividades planteadas estarán integradas dentro del Currículum.

Las actividades diseñadas trabajarán las diferentes áreas del Currículum y son susceptibles de estar integradas en la programación del curso.

4.3. Metodología

La elección y el posterior desarrollo de un Trabajo de Fin de Grado es un proceso complejo y muy costoso, sea cual sea la temática seleccionada, el cual requiere numerosas horas de dedicación y trabajo. Dependiendo del tipo de trabajo que se quiera desarrollar se siguen unas fases u otras. En este trabajo en el que se aborda el tema del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y se han seguido las siguientes:

- Fase 1: recogida de información

Para realizar la intervención, así como para desarrollar toda la parte teórica, han sido numerosos los artículos escritos por diferentes autores expertos en esta temática los que se han consultado. También, han sido de gran ayuda muchos de los libros que se pueden encontrar en las bibliotecas, especialmente en la de Educación, tanto en Huesca, en Zaragoza como en Teruel. Existe mucha información acerca del tema por lo cual ha sido necesario realizar una selección de aquella más relevante para este trabajo, la cual está recogida en la bibliografía.

En lo que se refiere a la parte más práctica del trabajo se ha recogido información de la propia experiencia a través de personas competentes y activas en el mundo educativo que se han prestado a colaborar en la elaboración de este trabajo.

- Fase 2: determinar los principios subyacentes a esta propuesta

La determinación y elección de los principios fue una fase complicada, ya que se dudó en realizar las actividades de una manera u otra. La decisión final fue, por un lado, elaborarlos de manera global, es decir, no solo destinadas a un alumnado concreto, sino que se trabajarán de manera inclusiva, haciendo partícipes a todos los niños y niñas. Por otro lado, formularlos de modo que fueran susceptibles de concreción concreta en la Programación de un centro y de un trabajo en equipo.

- Fase 3: selección de conductas específicas sobre las que se va a incidir

El siguiente paso será recoger una serie de conductas que se pueden observar en las aulas del alumnado que padece Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Para ello se ha contado con la colaboración de la experiencia directa en las aulas de una maestra del Colegio Ramón y Cajal de Ayerbe.

El objetivo es trabajar estas conductas poniendo en práctica las estrategias que se plantean en función de ellas, así como las actividades diseñadas. La selección de estas conductas permite centrar un trabajo de carácter preventivo más amplio que lo que se sobreentiende como modificación de conducta. La revisión de la Programación en este aspecto concreto permitirá observar a todo el alumnado y, dirigir y valorar esfuerzos de cara a una educación más integral, tanto los que presentan estas conductas que señalan posible futuro TDAH como los que no.

- Fase 4: construcción de estrategias para el aula

Una vez estudiado el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y las conductas propias que pueden ser observadas con mayor frecuencia en las aulas, se expondrán una serie de estrategias para llevar a cabo en la clase con el fin de conseguir un desarrollo normal de esta; favorecer la socialización y el respeto por los demás; crear una motivación en lo que respecta al aprendizaje y en la asistencia a la escuela; y, por último, fomentar un aprendizaje desde un punto de vista más participativo e interactivo, en el que el alumnado sea el protagonista del proceso de enseñanza-aprendizaje.

Para trabajar estos aspectos se diseñarán varias estrategias organizadas en cuatro grupos:

- a) Estrategias de “aula”: en las que se recogerán todo lo relacionado con la distribución del mobiliario, la organización de las mesas, la distribución del alumnado (grupos, parejas, individual), la organización de los rincones, las normas, las rutinas...
- b) Estrategias de “metodología”: es muy importante la forma en la que un maestro o maestra imparte la clase. Es necesario tener en cuenta que en Educación Infantil, la mayoría de los conocimientos que se les enseñan son totalmente nuevos para ellos y ellas, así que será necesario enseñarlos según unos principios u otros, basándose en la manipulación y experiencia propia, a través de proyectos o centros de interés, desde un enfoque más práctico o con ayuda de fichas... es esencial que el maestro o maestra del grupo tenga una buena metodología establecida que favorezca el aprendizaje y desarrollo de todo su alumnado.
- c) Estrategias de “responsabilidad”: es necesario darles pequeñas responsabilidades a los alumnos y alumnas desde edades tempranas. De esta manera, se sienten importantes y una pieza fundamental en el grupo, lo que favorece a su autoestima, así como a la socialización. En Educación Infantil, las responsabilidades que se pueden dar a los niños y niñas son simples: encargado o encargada del día, protagonista del mes, responsable del material, supervisor de los rincones, ayudante del maestro o maestra...
- d) Estrategias del “profesor o profesora”: están relacionadas con las de la metodología, pero no son iguales. Cada docente tiene unas estrategias propias para conducir la clase, diferentes formas de captar la atención de todo su alumnado, distintas estrategias para reforzar o castigar conductas en el aula, ...

Estas estrategias supondrán unos límites tanto para el profesorado como para el alumnado, aunque también se verán potenciados aspectos como el desarrollo de la clase, la organización o la metodología que utilice el maestro o maestra para impartir conocimientos.

El tutor del aula que ponga en práctica estas estrategias deberá ser capaz de evaluar si son útiles o por el contrario, producen una alteración en el transcurso normal de la clase y deben ser modificadas.

- Fase 5: diseño de actividades

Ya realizado un estudio teórico, recogidas las conductas propias que pueden llegar a mostrar estos alumnos y alumnas en común con los ya diagnosticados con TDAH y diseñado unas estrategias para aplicar en las aulas, el siguiente paso en este trabajo es elaborar unas actividades que favorezcan el desarrollo de las estrategias y que puedan ser llevadas a la práctica en las aulas de Educación Infantil. No se trata de etiquetar ni diagnosticar, sino favorecer una detección en años posteriores y fomentar el desarrollo de la atención, la motivación por el aprendizaje, la organización, el tiempo, la memoria visual y auditiva... entre otras.

- Fase 6: relación entre las conductas, estrategias y actividades

Esta fase del trabajo consistirá en reflexionar, ampliar, ajustar y elaborar una relación entre las conductas seleccionadas que han servido de punto de partida, con las estrategias planteadas para los docentes y las actividades a realizar con el alumnado que tienen como fin potenciar algunos aspectos que se pueden ver influidos con el TDAH. Esta fase 6 queda desarrollada con la elaboración de la Tabla “Propuesta didáctica de intervención para el profesorado del 2º ciclo de Educación Infantil”, recogida en el anexo. Se ha procurado este formato en tabla, de modo que resulte operativo para su posible inclusión y desarrollo en una programación concreta.

- Fase 7: elaboración de conclusiones

En consecuencia a los objetivos propuestos en la elaboración de este trabajo se establecerán unas conclusiones evaluando de esta manera el grado en el que se han llegado a alcanzar o no.

4.4. Conductas específicas seleccionadas en esta propuesta

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, como se ha mencionado anteriormente, afecta a la atención y a la impulsividad. Aunque no solo lleva asociados esos problemas, sino que también, influye en el área cognitiva provocando de esta manera problemas en la percepción del tiempo, en la memoria, en el área conductual y en el área socioemocional. (Aguilar, C., 2014)

Consultando los diversos artículos que se exponen en la bibliografía y libros como *Didáctica Escolar para Alumnos con TDAH* de Ángel M^a Casajús Lacosta (2009) y *TDAH y Dificultades del Aprendizaje* de Cristóbal Aguilar Millastre (2014) se observa que la información que aparece acerca de las conductas más frecuentes manifestadas en el aula no está muy detallada y está destinada a edades superiores. Es natural que no haya muchos datos de las conductas que se muestran en la Educación Infantil, pues es muy difícil detectarlas en edades tan tempranas. Por ello, he decidido realizar una adaptación de dichas conductas consultando a una maestra en activo, ya que la experiencia es la base de muchos aprendizajes.

No se trata de un trabajo de campo pero es muy importante tener en cuenta este tema, ya que se ajusta a una realidad educativa que es necesario atenderla. Se han recogido una serie de conductas propias de algún niño o niña diagnosticado como TDAH o incluso algunos comportamientos de sujetos no diagnosticados pero que pueden servir para realizar una detección precoz, así como un tratamiento posterior adecuado. Estas conductas están clasificadas según los síntomas nucleares de inatención, impulsividad o hiperactividad.

CONDUCTAS MÁS FRECUENTES QUE MUESTRAN LOS NIÑOS O NIÑAS CON TDAH SEGÚN LOS SÍNTOMAS NUCLEARES: INATENCIÓN, IMPULSIVIDAD E HIPERACTIVIDAD	
INATENCIÓN	
Dificultades para mantener la atención y concentración en tareas largas	
Dificultad en el cumplimiento de normas	
Parecen no escuchar cuando se les habla	
Se esfuerza poco en sus tareas y su presentación	
Su rendimiento es variable	
Dificultad en la percepción del tiempo: mala organización	
Lo rutinario les aburre	
Evitan tareas en las que se requiere esfuerzo mental	

IMPULSIVIDAD
Conducta inmadura e inadecuada: no obedecen y requieren mucha supervisión
Son incapaces de pensar en las consecuencias antes de actuar
Les resulta complicado seguir instrucciones
Poca capacidad de reflexión
No controlan la expresión de sus sentimientos
Comienzan con una tarea antes de acabar la anterior
Dificultad para establecer relaciones con sus compañeros (les molesta, les grita, les pega, malas contestaciones...) y con adultos
HIPERACTIVIDAD
Se sientan de forma inadecuada y cambian de postura continuamente
Rompen los materiales, se les caen, son muy poco cuidadosos
Constantes interrupciones y llamadas de atención al maestro y a los demás compañeros y compañeras
Muestran excesiva inquietud motora (movimiento de manos y pies cuando están sentados, golpes, temblores, movimientos bruscos, se levantan constantemente de la silla...)
Dificultades en la coordinación motriz

Tabla 5. Conductas propias de los sujetos que padecen TDAH en las aulas. Elaboración propia a partir de la información de los documentos consultados y la aportación de la docente Marta Pueyo del Colegio Ramón y Cajal de Ayerbe.

4.5. Estrategias

Otro de los aspectos que se abarca en este trabajo son las estrategias que se pueden llevar a cabo en el aula ante la presencia de ciertas conductas que alteren el desarrollo normal de esta.

Son muchas las estrategias que se pueden encontrar para trabajar en el aula con edades superiores, pero no ocurre así con la Educación Infantil. En este trabajo en concreto se han adaptado estrategias dirigidas a la Educación Primaria y Secundaria para poderlas desarrollar en el 2º ciclo de Educación Infantil. También es necesario señalar que no todas han sido adaptadas, sino que muchas de ellas se han diseñado, ya que es un aspecto complicado encontrar estrategias dirigidas a este alumnado de corta edad y en pleno proceso de desarrollo y maduración y, además, desde un enfoque preventivo.

Siguiendo a los autores Aguilar (2014) y Casajús (2009) algunas posibles estrategias adaptadas a estas edades que se pueden introducir en las aulas son las que siguen.

Estrategias de aula:

- a) Situar al alumno o alumna cerca de la mesa del profesor, de esta manera, podrá ser observado en todo momento facilitando así el trabajo del maestro y el buen desarrollo de la clase.
- b) Encontrar un sitio estratégico lejos de las ventanas, puertas o de cualquier elemento de distracción.
- c) Si el aula está organizada en parejas o, incluso, equipos de cuatro o cinco miembros, se colocará al niño o niña (con dificultad para mantener la atención o controlar sus impulsos) con compañeros o compañeras que le puedan servir de ayuda cuando se le presente alguna dificultad.
- d) Destinar un armario o estantería exclusivamente para material escolar evitando de esta manera que el alumnado lo tenga en su propia mesa con el fin de evitar que se distraigan y jueguen con ellos durante las explicaciones o actividades.
- e) Establecer unas normas claras de comportamiento y organización del aula que queden expuestas en un mural o en pequeños carteles para que siempre las tengan presentes.
- f) Desde el primer día se establecerán unas rutinas que se deberán cumplir todos los días con el objetivo de que el alumnado sepa lo que se va a hacer en todo momento.

- g) Relacionada con la anterior, se creará un horario que se deberá cumplir. Esto se está refiriendo a que, por ejemplo, a primera hora de la mañana se trabajará la lectoescritura y en el segundo período, se tratarán los aspectos lógicos matemáticos. El horario también deberá estar colgado en la clase, ya que en muchos centros las clases de Psicomotricidad, Música o Religión se imparten fuera del aula y en diferentes días de la semana.
- h) Se ha de intentar evitar cualquier cambio brusco en lo que respecta al horario, espacios o cualquier aspecto que modifique el desarrollo diario de la jornada escolar. Gordon Serfontain expone “la regla de las tres erres”: rutina, regularidad y repetición, fundamental para niños o niñas con TDAH.

Estrategias de metodología

- a) Las explicaciones se deben realizar de forma detallada en la que quede clara la secuencia de acciones a llevar a cabo para realizar correctamente la tarea.
- b) La repetición es fundamental, siempre con frases cortas y concisas que faciliten la comprensión.
- c) Las actividades largas se fragmentarán en pequeñas actividades, de esta manera, se fomentará una mayor atención así como un mejor rendimiento.
- d) Una vez realizadas las explicaciones se preguntará al alumnado que tenga mayor dificultad de atención y comprensión, comprobando de esta manera si han entendido las consignas expuestas.
- e) Se mantendrá un contacto visual con aquellos alumnos o alumnas que tengan mayor dificultad para centrar la atención con el fin de comprobar si van siguiendo la explicación o es necesario llamarles la atención para que se centren en lo que se está realizando en ese momento.
- f) Fomentar un aprendizaje colaborativo en pequeños grupos en los que todos y todas puedan exponer sus ideas creando así una situación de aprendizaje, favoreciendo al mismo tiempo la socialización.

- g) Realizar actividades destinadas al desarrollo de la memoria. Para ello, es necesario enseñarles estrategias de memorización.
- h) Flexibilidad en la resolución de problemas. Es importante inculcar desde pequeños la habilidad de resolución de problemas a través de varios “caminos”, ya que un problema puede tener varias soluciones.
- i) Es importante tener en cuenta la manera en las que se evaluarán las actividades, habrá que prestar especial atención en las características propias de cada uno y en la forma en la que llevan a cabo su proceso de aprendizaje. A todos y todas no se les puede exigir lo mismo.
- j) Programar actividades basadas en sus intereses que despierten esa motivación por el aprendizaje, en las que se diviertan al mismo tiempo que aprenden creando situaciones lúdicas.

Estrategias de responsabilidad

- a) Ofrecer varios cargos que conlleven una responsabilidad. Por ejemplo: el encargado del día, responsable de borrar la pizarra, responsable del material, responsable de repartir fichas, responsable de los rincones.
- b) Rotar los puestos de responsabilidad pero tratando de que el niño o niña que muestre más inquietud motora siempre tenga alguna tarea, por mínima que sea. De esta manera, se levantará de su sitio y se desplazará por la clase, consiguiendo posteriormente mayor tranquilidad.

Estrategias del profesor o profesora

- a) No ser muy estricto con la inquietud motora de los alumnos y alumnas, existen casos en los que no pueden permanecer sentados durante un largo período de tiempo y necesitan levantarse.
- b) No poner en evidencia a ningún alumno o alumna ante sus compañeros. Es preferible hablar con él o ella en privado.

- c) Reforzar la autoestima, valorando los aciertos, el trabajo bien hecho, las conductas correctas...
- d) Valorar las buenas conductas a través de recompensas y tener en cuenta las malas aplicando una sanción. Por ejemplo, un carnet por puntos.
- e) Propiciar un ambiente de aprendizaje tranquilo y eficaz, en el que todas las actividades estén previstas para un tiempo determinado, todo muy organizado.
- f) Programar actividades en las que se favorezca el desarrollo de la comunicación y la socialización, dos aspectos muy importantes en la Educación Infantil.
- g) Ante situaciones problemáticas, mantener la calma y tener mucha paciencia para no empeorar dicha situación buscando una forma adecuada de resolver el conflicto.

4.6. Actividades

Uno de los últimos aspectos que se van a desarrollar en este trabajo son las actividades. Ya están recogidas las conductas, ya se han elaborado las estrategias, así que es necesario diseñar una serie de actividades que faciliten el desarrollo de las estrategias y prevengan las conductas recogidas.

Es cierto que en Educación Infantil es más común diseñar actividades que requieran movimiento, pero también es necesario plantear actividades en las que se puedan relajar al mismo tiempo que aprenden y desarrollan diferentes capacidades como la atención.

Son varias las actividades planteadas en este punto, las cuales se pueden desarrollar desde edades tempranas con el fin de trabajar aspectos como la percepción del tiempo, la atención, la motivación por el aprendizaje, la secuencia de tareas, aspectos lógico matemáticos, la memoria visual y auditiva... Algunas de las actividades planteadas ya se llevan a cabo en las aulas de Educación Infantil pero no con la finalidad de trabajar los aspectos ya nombrados anteriormente desde un enfoque preventivo. Las actividades diseñadas son las siguientes:

- Rincón de “memory”

El “memory” es un juego de parejas en el que dependiendo de la edad que tengan los alumnos y alumnas con los que se pretenda trabajar se colocarán más o menos tarjetas. El objetivo es que encuentren las parejas poniendo en práctica la atención y la memorización para recordar donde están colocadas. Esta actividad es preferible desarrollarla en grupos de cuatro o cinco miembros, ya que más personas es multitud y esperar su turno es costoso con niños y niñas tan pequeños.

En Educación Infantil se puede dedicar un rincón exclusivamente a los “memorys” de la misma manera que existe el rincón de las construcciones o el rincón de la biblioteca. Es un juego muy adecuado para estas edades porque se pueden realizar “memorys” de los temas que se están trabajando en el aula y además que cada dibujo vaya acompañado de su palabra desarrollando de esta manera la lecto-escritura.

Considero necesario dedicar un determinado tiempo al día para que los niños y niñas de Educación Infantil puedan desarrollar el juego por rincones. Además, en lo que refiere a este nuevo rincón, sería importante que el maestro o maestra del aula organice los equipos de manera que, por lo menos, un día a la semana todos y todas tengan la oportunidad de jugar en este rincón, favoreciendo así el desarrollo de la memoria y la atención. También, es necesario tener en cuenta que el maestro o maestra debe estar presente para dirigir el juego, ya que por sí solos, sobre todo en edades inferiores, no son capaces de llevarlo a cabo correctamente.

Que el alumnado con TDAH o posible futuro TDAH centre la atención en un aspecto es una tarea complicada. Por ello, este juego es una buena alternativa, ya que se puede trabajar en la Educación Primaria con mayor número de fichas y, en la Educación Infantil dedicando un tiempo determinado y tratando de que el alumnado focalice la atención en dicha actividad. De esta manera, se trabajará la atención, la memorización, la socialización y las reglas de los juegos como es el esperar el turno.

- Temáticas basadas en su interés

En el momento de comenzar un tema, es oportuno conocer los intereses del alumnado. Si un tema les llama la atención, van a mostrar una actitud más favorable y positiva hacia el aprendizaje.

También es necesario tener en cuenta, las temáticas que les crean curiosidad ya que el centro tiene una programación establecida, la cual es necesaria cumplir, aunque siempre puede quedar tiempo para enseñarles lo que a ellos y ellas les interesa, de esta manera, se captará toda su atención y se desarrollará una motivación muy importante de cara al proceso de enseñanza-aprendizaje.

En el momento en el que se haya elegido el tema a trabajar basado en sus intereses se plantearán actividades de todos los tipos. Por norma general, las que más captan la atención, las más divertidas y con las que más aprenden, son las actividades prácticas, en las que el grado de participación del alumnado es elevado. Se deben sentir imprescindibles en sus grupos de trabajo y ser los protagonistas del proceso de enseñanza-aprendizaje, pues a través de practicar y experimentar aprenden.

- Psicomotricidad

La psicomotricidad juega un papel muy importante en la Educación Infantil. Es fundamental destinar un período de tiempo determinado todas las semanas. Los niños y niñas de Educación Infantil, la principal característica que muestran, además de la falta de atención, es la hiperactividad. Muestran una inquietud motora que es necesaria atenderla y satisfacerla.

Los maestros y maestras de Educación Infantil deben tener muy bien programadas las sesiones de psicomotricidad. Pueden ser muy flexibles y muy variadas, ya que se pueden desarrollar de diferentes maneras. Algunas de las actividades que se pueden llevar a cabo en estas sesiones pueden ser los circuitos de psicomotricidad en los que tienen que superar varios obstáculos para llegar a la meta, juegos libres, actividades dirigidas en las que es necesario seguir las órdenes o incluso carreras con diferentes consignas a realizar.

Los niños y niñas necesitan estar en continuo movimiento, de ahí se deriva la importancia de estas sesiones. Aunque también es necesario tener en cuenta que después de una sesión de psicomotricidad es importante dedicar un tiempo a la relajación que también se puede realizar de diferentes maneras: colocados por parejas se pueden hacer masajes, tumbados con colchonetas escuchando música relajante, apoyados sobre la mesa con los ojos cerrados... Existen múltiples formas de llevar a cabo una sesión de relajación.

Actualmente, en Educación Infantil se dedica semanalmente una hora a la Psicomotricidad. Es una de las enseñanzas más fundamentales, por lo que creo necesario aumentar el número de sesiones de esta área. Puede resultar complicado, ya que en muchos de los centros el hecho de realizar Psicomotricidad requiere que todo el alumnado se traslade a otra sala, pero siempre es necesario tener una alternativa. Ante la indisposición de aumentar el número de sesiones de esta área, se pueden realizar otras actividades dentro del aula que favorezcan, de la misma manera, su desarrollo y coordinación motora como puede ser trabajar la motricidad fina. Para ello, el maestro o maestra del grupo puede programar sesiones en las que realicen pulseras o collares, jueguen con los tableros de “pinchitos”, coloquen pequeños objetos en barras... Son actividades sencillas que se pueden llevar a cabo dentro del aula y favorecen el desarrollo de la motricidad fina, y es necesario tenerlo en cuenta.

- Actividades lógico-matemáticas

Las matemáticas es una de las asignaturas que más dificultades acarrea ya que necesita un nivel de concentración elevado. Por ello, es necesario trabajarlas desde edades tempranas desde un enfoque más lúdico.

En la Educación Infantil no se pueden trabajar aspectos muy abstractos ya que nos los llegarían a comprender pero sí se puede incidir, por ejemplo, en las series matemáticas. Para realizar esta actividad es oportuno llevarla a cabo en pequeños grupos para que el maestro o la maestra pueda controlar si lo hacen bien o mal. Para que esta sesión sea más enriquecedora se les puede ofrecer objetos reales con la intención de que ellos y ellas los puedan manipular y construir la serie más fácilmente.

Otro de los materiales más utilizados en la Educación Infantil son los bloques lógicos, ya que permiten trabajar varias características como los colores, el tamaño, el grosor o las formas. Se pueden plantear diferentes actividades como, por ejemplo, los cuadros de doble entrada. El hecho manipularlos y observar todas sus características constituye un buen método de aprendizaje siempre guiado por los docentes.

- Desarrollo del lenguaje

En Educación Infantil es muy necesario crear situaciones de interacción comunicativa, es por eso, que el maestro o maestra del grupo debe aprovechar cualquier

situación para fomentar la comunicación con el alumnado. Un buen momento es por la mañana en la asamblea, preguntándole qué hizo ayer por la tarde o cualquier aspecto que le interese al niño o niña con el objetivo de que interactúe verbalmente.

También es importante fomentar situaciones en las que los alumnos y alumnas interactúen entre ellos, por ejemplo, en los rincones.

El desarrollo del lenguaje es fundamental, y suele presentar muchas dificultades especialmente en los niños y niñas con problemas en el desarrollo evolutivo y falta de atención.

También a través del lenguaje se puede fomentar la resolución de problemas. Mi propuesta sería dedicar un período de tiempo cada mañana en la asamblea para favorecer el desarrollo de este aspecto. El maestro o maestra planteará un pequeño problema, dependiendo del curso, y a través de preguntas sencillas, el alumnado será capaz de aportar varias soluciones al problema propuesto.

- Rutinas y normas de la clase

Las normas deben estar expuestas en la clase de forma que llamen la atención como carteles fosforitos o murales grandes, pero siempre las deben tener presentes para poder hacer uso de ellas cuando sea necesario recordarlas.

Los niños y niñas con TDAH muestran dificultad en la percepción del tiempo y en la secuencia de tareas así que, una de mis aportaciones es que cada mañana se enumere todas las acciones que se van a realizar: rutinas, actividades, rincones, música, psicomotricidad... Para ello, se puede colocar en la clase un gran mural con todos los momentos del día, y a través de dibujos o imágenes se mostrará lo que se va a realizar a lo largo de toda la jornada. Se marcará con una ficha o con un muñeco el momento en el que se encuentran y la actividad que están realizando, una vez acabada se pasará a la siguiente.

Puede ser de gran ayuda a todos los alumnos y alumnas, ya que de esta manera saben lo que van a realizar en todo momento y fomenta el desarrollo de la percepción del tiempo.

- Actividades de diferencias

El proporcionar a los alumnos y alumnas este tipo de actividad supone propiciar el desarrollo de la atención. Se trata de ofrecerles dos dibujos similares, pero con diferencias visibles para que ellos y ellas descubran lo que no es igual. Se pueden utilizar imágenes de dibujos animados, ya que ello fomentará la motivación y realizarán la tarea con más dedicación.

Se pueden introducir diferentes variables como realizarla en grupos, nombrando un portavoz y fomentando así situaciones de comunicación e interacción entre ellos y ellas.

- Ritmos

Una actividad que propicia el desarrollo de la concentración y la memoria la realización de ritmos utilizando las palmas, con la intención de que el alumnado lo repita.

Para aumentar la complejidad se puede introducir variables como golpes contra el suelo, ruidos con la boca o golpeando su propio cuerpo, pero siempre teniendo en cuenta que son alumnos y alumnas de Educación Infantil y no pueden ser muy complejos, pues pueden crear frustración.

Esta actividad puede ser muy divertida al mismo tiempo que enriquecedora, así que se podría dedicar los últimos quince minutos de la jornada escolar para llevarla a cabo.

- Danzas grupales

Es una buena actividad para fomentar el desarrollo de la coordinación, así como la socialización. Se pueden realizar danzas grupales mensuales en las que los niños y niñas deberán mostrar una actitud favorable para poderla llevar a cabo, coordinación ente ellos y ellas y ejercitar la memoria para recordar todos los pasos.

Una vez aprendida y ensayada se puede llegar a interpretar delante del resto del alumnado del centro, creando así una actividad más dinámica y en la que todos y todas se sientan los protagonistas.

En la Educación Infantil puede resultar una actividad muy enriquecedora ya que, aunque los pasos de baile deban ser sencillos, para el alumnado requiere un gran esfuerzo el aprenderlos, memorizarlos y ponerlos en práctica.

Esta actividad puede llevarse a cabo en edades superiores, aumentando la complejidad de los pasos de baile pero, en lo que refiere al TDAH con la misma intención en cualquiera de las etapas: favorecer la memorización, la atención, la actividad física, la coordinación de grupo y la socialización.

- Mandalas de la tranquilidad

Una de las actividades plásticas que favorecen la tranquilidad y la relajación son el colorear mandalas. En Educación Infantil les puede resultar difícil realizar esta tarea, pero el maestro o maestra siempre puede aportar unas mandalas sencillas, en las que no se aprecien muchos detalles.

Esta actividad será propuesta para los alumnos y alumnas del tercer curso de Educación Infantil, ya que tienen la motricidad fina más desarrollada. Se puede realizar después del recreo, acompañada con música relajante. Es una actividad que no se suele realizar en las aulas, pero puede aportar buenos resultados.

El TDAH se caracteriza por la falta de atención, la impulsividad y la hiperactividad, así que esta actividad es perfecta ya que requiere de mucha atención por parte del sujeto para poder colorearla correctamente, tranquilidad y ningún movimiento brusco, ya que puede estropearse.

4.7. Relación entre conductas, estrategias y actividades seleccionadas

En el ANEXO de este trabajo se presenta en forma de tabla la relación que se ha ido buscando entre las conductas a trabajar, las estrategias y las actividades a poner en práctica desde un enfoque preventivo y potenciador de aquellas cualidades que se ven afectadas con el TDAH. Ha sido una acción complicada pues como se puede observar muchas conductas se trabajan a partir de las mismas estrategias y actividades.

Teniendo en cuenta que las conductas que se han recogido son diversas, han sido agrupadas en tres grupos dependiendo de si afecta a la atención, a la impulsividad o a la hiperactividad. En cada grupo de conductas se pueden apreciar cuatro tipos de

estrategias: de aula, de metodología, de responsabilidad y del maestro/a. Una vez relacionadas las conductas con las posibles estrategias a llevar a cabo en las aulas, se les asignarán una serie de actividades que favorezcan el desarrollo de la atención, el control de impulsos y el excesivo movimiento, dependiendo de la cualidad que se vea afectada, aunque algunas de las actividades pueden ser beneficiosas en los tres casos.

4.8. Reflexión acerca de su uso

Este material está destinado al alumnado del 2º ciclo de Educación Infantil y tiene un carácter preventivo. Es decir, se pretende trabajar, desarrollar y potenciar las funciones que se ven más afectadas al padecer este trastorno como son la atención, la impulsividad y la hiperactividad a través de una serie de estrategias y de actividades diseñadas a partir de la observación de dichas conductas en el aula del alumnado diagnosticado como TDAH.

Uno de los objetivos en el desarrollo de este trabajo es realizar una aportación válida y útil a los maestros y maestras que desempeñan su labor en el aula, pero es tan solo una propuesta, es decir, no ha sido llevada a la práctica en las clases por lo que no puede ser evaluada por el momento su utilidad.

Considero que las estrategias y actividades propuestas pueden ser llevadas a la práctica en las aulas de Educación Infantil, como futura docente algún día la desarrollaré. Creo necesario trabajar la atención, la memorización, el control de impulsos, la excesiva actividad... entre otros muchos aspectos. Es importante inculcar desde edades muy tempranas unas rutinas y normas, y especialmente, trabajar los aspectos que les pueden resultar más costosos desde un enfoque lúdico y preventivo. La escuela es aprendizaje, pero no todo es juego y actividad física, también debe dedicarse un tiempo para la tranquilidad y relajación.

Actualmente, el TDAH y otros muchos trastornos, cobran mayor importancia en las aulas. El número de diagnosticados va aumentando progresivamente con los años. Esto puede ser debido a que, años atrás, quizá, no se le prestaba tanta atención ni se ofrecía una respuesta adecuada a las necesidades de cada caso en particular, ya que tampoco se contaba con los mismos medios.

El término “prevención” es un concepto muy amplio y, al mismo tiempo, muy importante. La simple idea de prevenir debería estar recogida en las programaciones. Algunos trastornos, como el TDAH, es difícil prevenirlos, ya que en la mayor parte de los casos es genético. Pero, “prevención” también incluye en su significado el hecho de tomar medidas encaminadas a la mejora. Es por ello, que se habla de un enfoque preventivo, ya que a través de estrategias y actividades se pretende trabajar y desarrollar, con visión de futuro, aquellas capacidades que pueden llegarse a ver afectadas en el caso que un alumno o alumna padeciera TDAH. Se trata de una propuesta inclusiva, ya que favorece el desarrollo cognitivo de todo el alumnado, cultivando y desarrollando capacidades necesarias desde edades tempranas.

5. CONCLUSIONES

Para finalizar con este Trabajo de Fin de Grado se puede concluir que todos los objetivos se han alcanzando con cierta satisfacción.

Respecto al objetivo general, en el cual se recoge la realización de una propuesta de intervención para alumnos y alumnas de Educación Infantil con posibilidad de padecer Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad desde un enfoque inclusivo y preventivo, se puede concluir que se ha alcanzado, ya que se han propuesto una serie de estrategias y actividades para desarrollarlas en las aulas de 2º ciclo de Educación Infantil con el objetivo de trabajar y prevenir el déficit de las funciones que se ven afectadas con este trastorno (atención, impulsividad e hiperactividad).

Centrándose en los objetivos específicos, que son los que han permitido y contextualizado la consecución del objetivo general de este trabajo, el objetivo número dos que abarca la recopilación teórica de información acerca del TDAH, se podría señalar que en cierta medida se ha cumplido, ya que el campo bibliográfico consultado ha sido muy amplio y se ha optado por efectuar una revisión teórica profunda que permitiera la realización de dicha propuesta de intervención. Es cierto que en el Grado de Magisterio Infantil se ha estudiado este trastorno como muchos otros, pero no con esta profundidad, lo que me ha permitido ampliar mis conocimientos acerca de este tema.

Respecto al objetivo número tres en el que se propone la elaboración de un listado de comportamientos habituales y señales propias de este trastorno, se puede considerar que ha sido alcanzado con éxito. En primer lugar, agradecer a la maestra Marta Pueyo y su amplia experiencia, la ayuda prestada a la hora de la recogida de posibles conductas que pueden ser observadas en el aula con niños o niñas que padecen este trastorno. Esta fase ha sido el punto de partida para elaborar posteriormente las estrategias y actividades.

En cuanto al objetivo número cuatro y cinco en el que se propone el diseño de estrategias y actividades para llevarlas a cabo en el aula con el objetivo de trabajar este trastorno desde un enfoque preventivo y siempre inclusivo, en el que todo el alumnado sea partícipe se puede considerar un objetivo alcanzado. Es cierto que se han diseñado, pero no se han llevado a la práctica, por lo cual no se puede conocer su utilidad o inutilidad. Aunque es necesario señalar que es una propuesta que puede ser validada y perfeccionada en el momento en el que se ponga en práctica, ya que reúne las condiciones que se exponen en el marco teórico.

Agradecer también el trabajo que ha hecho la directora de este proyecto, ya que sin ella no hubiera sido posible. Gracias a ella, he aprendido a seleccionar y unificar la información relevante, así como a redactar con las palabras correspondientes aquellas ideas que se querían plasmar. También ha conseguido acercarme a las fuentes científicas de las que se puede extraer mucha información fiable.

El desarrollo de este trabajo ha permitido ampliar el grado de conocimiento acerca de este tema que será de mucha utilidad en los años posteriores cuando ya pueda desarrollar la función de maestra de Educación Infantil. Me ha permitido acercarme a esta realidad tan presente en las aulas y ser capaz de valorarla y tenerla en cuenta desde edades tempranas poniendo en práctica diferentes estrategias y métodos que potencien aquellas funciones que puedan verse alteradas.

Como maestra es necesario tener muy presente la socialización. Es cierto que en la Educación Infantil son seres muy pequeños en pleno proceso de desarrollo, pero es allí donde se realizan las primeras interacciones sociales fuera del ámbito familiar. Por lo que es necesario potenciar unas situaciones enriquecedoras en las que ninguno ni ninguna se sientan discriminados y, todos y todas, formen parte de un mismo grupo en el cada uno y cada una cumplan una función única e imprescindible.

Una de las grandes motivaciones a la hora de la realización de este trabajo fue el constante aumento de casos que padecen TDAH. Es un trastorno que siempre ha estado presente en las aulas, pero es posible que ahora se le dé más importancia. Creí necesario trabajar algunos aspectos que se ven afectados con dicho trastorno desde edades tempranas, uno de los más importantes la atención. Como ya se ha expuesto en varias ocasiones en la Educación Infantil no se puede realizar ningún diagnóstico, pero sí potenciar algunas cualidades con el fin de prevenir algunas carencias.

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad no solo lo padece el niño o niña, sino que las familias, docentes y profesionales lo viven en su propia piel. El objetivo es que el alumno o alumna con dicho trastorno consiga un desarrollo evolutivo y un proceso de aprendizaje satisfactorio, siempre fomentando situaciones de socialización. Considero necesario un trabajo interdisciplinar en el que todas las personas cercanas al sujeto se involucren en la causa. Esta propuesta de intervención ha sido diseñada con el objetivo de ofrecer a los maestros y maestras una herramienta útil pero no se deben olvidar las familias que cumplen un papel esencial en el contexto cercano de los niños y niñas.

Para finalizar, estoy satisfecha con la realización de este trabajo, a mí me ha aportado mucho como futura docente, y puede servirle de ayuda a los maestros y maestras que están actualmente en activo. No puedo constatar validez práctica, pero en un futuro puede que me sea necesaria.

“El TDAH no es producto de una mala educación, sino que su origen está en trastornos orgánicos, por lo que sus efectos están presentes en todos los ambientes y son permanentes”. (Aguilar, 2014)

6. BIBLIOGRAFÍA-WEBGRAFÍA

- Aguilar Millastre, C. (2014). *TDAH y dificultades del aprendizaje. Guía para padres y educadores*. Valencia: Diálogo.
- Amador, J.A., Idiázabal, M.A., Sangorrín, J., Espadaler J.M. & Fornis i Santacana, M. (2002). *Psicothema*, 2, 350-356.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Colombia: Panamericana.
- American Psychiatric Association (APA). (1997). *DSM-IV Criterios diagnósticos*. Barcelona: Masson.
- Artigas-Pallarés, J. (2002). Problemas asociados a la dislexia. *Rev Neurol*, 34, 7-13.
- Artigas-Pallarés, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista Neurol*, 36, 68-78.
- Barkley, R.A. (2009). Avances en el diagnóstico y la subclasificación del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: qué puede pasar en el futuro respecto al DSM-V. *Revista Neurol*, 48, 101-106.
- Barrios, A., Calderón, M., Ritter, E., & Velazco Gutierrez, Y. (2004). Modificación de la conducta en niños con déficit de atención y desorden de hiperactividad. *An venez nutr*, 17, 64-73.
- Benjet, C., Cárdenas, E.M., De la Peña, F., Fera, M. & Vásquez, J. (2010). *Guía Clínica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. Recuperado de: www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/.../guias/guia_tdah.pdf
- Casajús Lacosta, Á.M. (2009). *Didáctica escolar para alumnos con TDAH*. Barcelona: Horsori.
- CIE-10 (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2005). *Evaluación del test WISC-IV*. Recuperado de <https://www.cop.es/uploads/PDF/WISC-IV.pdf>
- Cornejo, J. W., Osío, O., Sánchez, Y., Carrizosa, J., Sánchez, G., Grisales, H., & Holguín, J. (2005). *Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos*. *Rev Neurol*, 40(12), 716-722.
- Díaz Atienza, J. (2006). Comorbilidad en el TDAH. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente*, 6, 44-55.

- Eddy Ives, L. (2006). Intervenciones no farmacológicas en el entorno familiar de niños con trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad. *Revista Padiatría de Atención Primaria*, 8, 57-67.
- Escamilla, I. (2013). *Cuando el TDAH presenta comorbilidades*. Tdahytu.es. Recuperado de: <http://www.tdahytu.es/tdah-y-comorbilidad/>
- Escamilla, I. (2014). *Trastornos comórbidos asociados al TDAH según el DSM-5*. Tdahytu.es. Recuperado de: <http://www.tdahytu.es/tdah-y-comorbilidad/>
- Gabbard, C. & Caçola, P. (2010). Los niños con trastorno del desarrollo de la coordinación tienen dificultad con la representación de acciones. *Rev Neurol*, 50, 33-38.
- Galaburda, A.M. & Cestnick, L. (2003). Dislexia del desarrollo. *Revista de Neurología*, 36, 3-9.
- Gamazo, P., & Escantilla, A. D. (2009). Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. Trastornos de la eliminación. Autismo y trastornos generalizados del desarrollo. En Ortuño, F., *Lecciones de Psiquiatría*, (pp. 433-436). Madrid: Médica Panamericana.
- Garaigordobil, M. (2005). Conducta antisocial durante la adolescencia: correlatos socio-emocionales, predictores y diferencias de género. *Psicología Conductual*, 2, 197-215.
- García, M. & Magaz, Á. (2011). Escalas Magallanes de Detección de Déficit de Atención y otros Problemas en el Desarrollo. Vizcaya: Grupo Albor-Cohs.
- Geary, D. (2006). *La Discalculia en Edad Temprana: sus características y su posible influencia en el desarrollo socioemocional*.
- Jiménez, G.J. (2007). Prueba: Escala Wechsler de inteligencia para el nivel escolar (WISC-IV). *Avances en Medición*, 5, 169-171.
- Lavigne Cerván R. & Romero Pérez, J.F. (2010). *El TDAH: ¿Qué es?, ¿qué lo causa?, ¿cómo evaluarlo?*. Madrid: Pirámide.
- Loría-Castellanose, J. (2014). Niveles de plomo en niños con diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 52, 20-7.
- Macià Antón, D. (2012). *TDAH en la infancia y la adolescencia. Concepto, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Martínez, E. J. (2014). *Desarrollo psicomotor en educación infantil. Bases para la intervención en psicomotricidad*. Universidad de Almería.

- Mateo, V.F. (2005). Perspectivas recientes en la Evaluación Neuropsicológica y Comportamental del Trastorno por Déficit de Atención con/sin Hiperactividad. *Revista de Investigación Psicoeducativa*, 7, 215-232.
- Mateo, V.F. (2006). Recurso para el diagnóstico psicopedagógico del TDAH y comorbilidades. *Revista de Investigación Psicoeducativa*, 10, 623-642.
- Montiel-Nava, C., Montiel-Barbero, I. & Peña, J.A. (2005). Clima familiar en el Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad. *Psicología conductual* (Vol. 13), 2, 297-310
- Orden de 28 de marzo de 2008 por la que se aprueba el currículo de la Educación Infantil y se autoriza su aplicación en los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Aragón. Boletín Oficial de Aragón (2008).
- Palencia, R. (2000). Neuropediatría. Tics en la infancia. Diagnóstico y tratamiento. *Boletín de la sociedad de pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León*, 40, 93-96.
- Pan, M. (2010). La importancia del refuerzo en el aula para alumnos con dificultades de atención.
- Pérez, J. C. (2014). *¿Qué pasa en el cerebro cuando se tiene TDAH?*. Proyectodah. Recuperado de: https://www.cerebrofeliz.org/articulosdah/cerebro_con_tdah.html
- Quiroga, S., Paradis, L., Cryan, G., Auguste, L., & Zaga, D. (2004). Abordaje terapéutico para adolescentes tempranos con conductas perturbadoras: Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial. *In XI Jornadas de Investigación*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Ramos-Quiroga, J.A., Bosch-Munsó, R., Castells, Cervelló, M., Nogueira-Morais, M., García-Giménez, E. & Casas-Brugué, M. (2006). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica. *Rev Neurol*, 42, 600-606.
- Real Academia Española. Recuperado de: <http://www.rae.es/>
- Rodríguez, Á. & Granada, O. (2007). Trastornos Depresivos en la infancia y adolescencia. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 6, 270-276.
- Rusell A. Barkley (1999). *Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Barcelona: Paidós.
- Sans, A., Boix, C., Colomé, R., López-Sala, A. & Sanginetti, A. (2012). Trastornos del Aprendizaje Escolar. *Pediatr Integral*, 16, 691-699.

Sibón, A. M. (2010). *¿Qué es el TDAH?*

Vaquerizo, J. (2012). *Bases Biológicas del TDAH, Detección Temprana y Tratamiento Multidisciplinar (Parte 1)*. Fundación CADAH. Recuperado de <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/bases-biologicas-del-tdah-y-deteccion-temprana-tratamiento-multidisciplinar-parte.html>

7. ANEXO: PROPUESTA DIDÁCTICA DE INTERVENCIÓN PARA EL PROFESORADO DE 2º CICLO DE EDUCACIÓN INFANTIL			
CONDUCTAS ESPECÍFICAS A TRABAJAR	ESTRATEGIAS GENERALES PARA APLICAR EN LAS AULAS		ACTIVIDADES CONCRETAS PARA EL ALUMNADO
INATENCIÓN	AULA	<ul style="list-style-type: none"> a) Situar al alumno cerca de la mesa del maestro b) Sitio estratégico lejos de los focos de distracción (ventanas, puertas...) c) Colocar al niño con compañeros que le puedan servir de ayuda f) Establecer rutinas para que sepan lo que se va hacer en todo momento g) Se fijará un horario para todo el curso 	Rincón del "Memory" Temáticas basadas en su interés Actividades lógico-matemáticas
	METODOLOGÍA	<ul style="list-style-type: none"> a) Explicaciones detalladas y claras b) Repetición de la explicación con frases cortas c) Las actividades largas se fragmentarán e) Mantener contacto visual con el alumnado que presente dificultades f) Aprendizaje colaborativo g) Actividades que favorezcan el desarrollo de la memoria i) Evaluación individual teniendo en cuenta las dificultades de cada uno j) Programar actividades de su interés 	Desarrollo del lenguaje Rutinas y normas de la clase Actividades de diferencias
	RESPONSABILIDAD	<ul style="list-style-type: none"> a) Ofrecer cargos al alumnado que conlleven alguna responsabilidad 	Ritmos
	PROFESOR/A	<ul style="list-style-type: none"> b) No poner en evidencia a ningún alumno delante del grupo c) Reforzar la autoestima d) Valorar las buenas conductas y tener en cuenta las malas e) Ambiente de aprendizaje tranquilo y eficaz 	Danzas grupales Mándalas de la tranquilidad

IMPULSIVIDAD	AULA	<ul style="list-style-type: none"> a) Situar al alumno cerca de la mesa del maestro b) Sitio estratégico lejos de los focos de distracción (ventanas, puertas...) c) Colocar al niño con compañeros que le puedan servir de ayuda e) Establecer normas claras de comportamiento y organización del aula 	Psicomotricidad Actividades lógico-matemáticas
	METODOLOGÍA	<ul style="list-style-type: none"> a) Explicaciones detalladas y claras f) Aprendizaje colaborativo h) Flexibilidad en la resolución de problemas i) Evaluación individual teniendo en cuenta las dificultades de cada uno 	Desarrollo del lenguaje Rutinas y normas de la clase Danzas grupales
	RESPONSABILIDAD	<ul style="list-style-type: none"> a) Ofrecer cargos al alumnado que conlleven alguna responsabilidad 	Mándalas de la tranquilidad
	PROFESOR/A	<ul style="list-style-type: none"> b) No poner en evidencia a ningún alumno delante del grupo c) Reforzar la autoestima d) Valorar las buenas conductas y tener en cuenta las malas e) Ambiente de aprendizaje tranquilo y eficaz f) Programar actividades que favorezcan el desarrollo de la comunicación y socialización 	

HIPERACTIVIDAD	AULA	<ul style="list-style-type: none"> a) Situar al alumno cerca de la mesa del maestro b) Sitio estratégico lejos de los focos de distracción (ventanas, puertas...) d) Armario exclusivo para el material evitando distracciones en la mesa de trabajo e) Establecer normas claras de comportamiento y organización del aula h) Evitar cambios bruscos en el horario, organización, espacios... 	<p>Rincón del Memory</p> <p>Psicomotricidad</p>
	METODOLOGÍA	<ul style="list-style-type: none"> a) Explicaciones detalladas y claras b) Repetición de la explicación con frases cortas e) Mantener contacto visual con el alumnado que presente dificultades g) Actividades que favorezcan el desarrollo de la memoria i) Evaluación individual teniendo en cuenta las dificultades de cada uno j) Programar actividades de su interés 	<p>Rutinas y normas de la clase</p> <p>Ritmos</p> <p>Danzas grupales</p>
	RESPONSABILIDAD	<ul style="list-style-type: none"> a) Ofrecer cargos al alumnado que conlleven alguna responsabilidad b) El niño con inquietud motora debe tener un cargo u otro, necesita moverse 	<p>Mándalas de la tranquilidad</p>
	PROFESOR/A	<ul style="list-style-type: none"> a) No ser estricto con la inquietud motora del niño b) No poner en evidencia a ningún alumno delante del grupo c) Reforzar la autoestima d) Valorar las buenas conductas y tener en cuenta las malas e) Ambiente de aprendizaje tranquilo y eficaz g) Ante situaciones problemáticas mantener la calma 	

Tabla 6. Relación entre las conductas, estrategias y actividades en esta propuesta de intervención didáctica para la prevención del TDAH desde la Educación Infantil.

En esta tabla se puede apreciar en la primera columna dedicada a las tres conductas específicas del TDAH: inatención, impulsividad e hiperactividad. Para cada grupo de conductas (inatención, impulsividad e hiperactividad) se han diseñado una serie de estrategias que a su vez, están subdivididas en estrategias de aula, estrategias de metodología, estrategias de responsabilidad y estrategias del profesor o profesora. Para cada grupo de conductas y estrategias se han planteado una serie de actividades que se recogen en la tercera columna.