

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA PROFESIONAL DE EDUCACIÓN



Intervención psicopedagógica en niños con trastorno por déficit de
atención e hiperactividad

Trabajo académico presentado para optar el Título de Segunda
Especialidad Profesional en Educación Inicial.

Autora:

Belfa Leticia Obispo Huaynate

TUMBES – PERÚ

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES ESCUELA PROFESIONAL DE EDUCACIÓN



Intervención psicopedagógica en niños con trastorno por déficit de
atención e hiperactividad

Los suscritos declaramos que la monografía es original en su
contenido y forma.

Belfa Leticia Obispo Huaynate. (Autora)

Dr. Oscar Calixto La Rosa Feijoo. (Asesor)

TUMBES – PERÚ

2019



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA PROFESIONAL DE EDUCACIÓN
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

ACTA DE SUSTENTACION DE TRABAJO ACADEMICO.


En Tumbes, a los veintiséis días del mes de febrero del dos mil diecinueve, se reunieron en un ambiente de la I.E. José Antonio Encinas, los integrantes del Jurado Evaluador, designado según convenio celebrado entre la Universidad Nacional de Tumbes y el Consejo Intersectorial para la educación peruana, al Dr. Segundo Alburquerque Silva, coordinador del programa; representantes de la Universidad Nacional de Tumbes (Presidente), Dr. Andy Figueroa Cárdena, representante del Consejo Intersectorial para la Educación Peruana (Secretario) y Mg. Wendy Cedeño Lozada (Vocal), con el objeto de evaluar el trabajo académico de tipo monográfico denominado: "Intervención psicopedagógica en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad", para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Educación Inicial a la señora Belifa Leticia Obispo Huaynate.

A las OCHO horas VEINTICINCO minutos y de acuerdo a lo estipulado por el reglamento respectivo, el presidente del Jurado dio por iniciado el acto.


Luego de la exposición del trabajo, la formulación de preguntas y la deliberación del jurado lo declararon APROBADO por UNANIMIDAD con el calificativo BUENO.

Por tanto, Belifa Leticia Obispo Huaynate queda APTA, para que el Consejo Universitario de la Universidad Nacional de Tumbes, le expida el Título de Segunda Especialidad Profesional en Educación Inicial.

Siendo las OCHO horas con CUARENTA minutos, el presidente del jurado dio por concluido el presente acto académico, para mayor constancia de lo actuado firmaron en señal de conformidad todos los integrantes del jurado.


Dr. Segundo Alburquerque Silva
Presidente del Jurado


Dr. Andy Figueroa Cárdena
Secretario del Jurado


Mg. Wendy Cedeño Lozada
Vocal del Jurado

DEDICATORIA

A dios

A mi papá Jorge

A mi hermano Rizardo

A mi mama Nilda

A mis coordinadores de la segunda
especialidad

INDICE

DEDICATORIA	
RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPÍTULO I: OBJETIVOS	8
1.1. Objetivos generales.....	9
1.2. Objetivos específicos	¡Error! Marcador no definido.
CAPÍTULO II: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	9
2.1. Recorrido histórico del TDAH.....	9
2.2. Modelos teóricos explicativos del TDAH.....	¡Error! Marcador no definido.
2.3. Clasificación del TDAH.....	14
2.4. Funciones ejecutivas	14
2.5. Detección	15
2.5.1. Definición de TDAH.....	15
2.5.2. Características	16
2.5.3. Etiología.....	18
2.5.4. Prevalencia.....	20
2.5.5. Mitos y controversias	21
2.6. Diagnóstico	22
2.6.1. Criterios diagnósticos.....	22
2.6.2. Subjetividad del diagnóstico	26
2.7. Tratamiento	26
2.7.1. Tratamiento farmacológico	26
2.7.2. Tratamiento psicológico.....	27
2.7.3. Tratamiento psicopedagógico	27
2.7.4. Tratamiento multimodal.....	29
2.7.5. Tratamientos alternativos	30
CAPÍTULO III: INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA EN NIÑOS CON TDAH.....	31
3.1. Estudios recientes.....	31

3.2.	Propuesta de intervención	32
3.3.	Planificación de actividades.....	33
3.3.1.	Actividad 1: “El adivino”.....	33
3.3.2.	Actividad 2: “¡ Escuchó una historia!”	34
3.3.3.	Actividad 3: “Adecuado o no adecuado”.....	35
3.3.4.	Actividad 4. “Voy a la playa”	36
3.4.	Evaluación.....	37
3.5.	Pautas de actuación para el docente.....	39
3.6.	Pautas de actuación para familias	40
 CONCLUSIOES		
	REFERENCIAS CITADAS.....	44

RESUMEN

En este trabajo se presenta una propuesta de intervención dirigida a los maestros del segundo ciclo de Educación Infantil, específicamente, para aquellos que trabajen con niños de 5 a 6 años y que cuenten con algún caso de niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

Dicha propuesta contiene determinadas actividades que se pueden llevar a cabo en el aula, con el fin de mejorar algunos aspectos de la sintomatología del niño con TDAH. En vista de que este trastorno es considerado como uno de los síndromes infantiles más frecuentes en la actualidad.

Palabras claves: TDAH- propuesta- estrategias.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se recopiló información de diversas fuentes, en la actualidad debido al avance de la masificación y globalización de la información existen diversos métodos para tratar a los niños con TDAH, El trabajo está dividido de la siguiente manera:

Capítulo I: Se procede a hacer el planteamiento del problema, delimitando los objetivos generales y específicos

Capítulo II: Se procede a hacer el marco de la fundamentación teórica

Capítulo III: Se recopilan propuestas de actividades para los niños con TDAH

Finalmente se procede con las conclusiones que responderán a los objetivos planteados.

Agradesco profundamente el apoyo de todas las personas involucradas en mi formación, a mi familia y profesores de la UNT

CAPÍTULO I:

OBJETIVOS

1.1.Objetivo General

Conocer las implicancias del TDAH para poder intervenir, desde el punto de vista educativo en Educación Infantil

1.2.Objetivos específicos

- Conocer un marco teórico conceptual para adquirir conocimientos sobre el TDAH.
- Conocer los métodos y estrategias para una intervención adecuada

CAPÍTULO II:

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1. Recorrido histórico del TDAH

Saez et al. (2014) afirma

“El TDAH es un trastorno que se origina por un problema de enlaces entre algunos neurotransmisores (o mensajeros) cerebrales como la dopamina y la noradrenalina. Estos neuro transmisores no funcionan correctamente en la parte frontal del cerebro que es la encargada de la llamada función ejecutiva. Gracias al sistema ejecutivo frontal podemos empezar una acción y continuar haciéndola a pesar de las distracciones. Además podemos enfocar nuestra atención en algo concreto inhibiendo otras respuestas o ideas. También el sistema ejecutivo ayuda a hacer dos cosas a la vez sin perder el hilo. Finalmente, el sistema ejecutivo gobierna el control de la impulsividad y nos permite pensar mentalmente una acción antes de hacerla y decidir con antelación si nos interesa realizarla.” (Fundacion Belen, 2014, pàrr. 4)

Las posibles causas del TDAH pueden ser:

- Funcionamiento Biológico
- Complicaciones en el embarazo y en el nacimiento, si la madre ha consumido alcohol durante su embarazo
- La genética
- El plomo ambiental

Algunos investigadores han observado que en muchos casos , a los 7 años, los padres de familia se dan cuenta que sus hijos tienen un trastorno, debido a que ya son conscientes de la falta de atención de sus hijos, la hiperactividad y la impulsividad que ellos pueden presentar de forma diferente a los otros niños. Y esta falta de atención lo pueden notar los padres de familia y los docentes.

2.1.3.- Señales y Síntomas del TDAH

Siempre se piensa que los niños que tienen TDAH están en constante movimiento que no pueden estar quietos ni un solo instante, así como que siempre presentan problemas de conducta e irritabilidad. Sin embargo no es necesario presentar estos síntomas para que algún estudiante tenga TDAH

Algunos síntomas pueden ser:

- a) “Frecuentemente no presta atención a detalles, o comete errores por descuido en los deberes del colegio, trabajo u otras actividades” (Hidalgo & Sanchez, s.f. p. 615).
- b) “Frecuentemente tiene dificultades para mantener la atención en tareas o juegos” (Hidalgo & Sanchez, s.f. p. 615).
- c) “Frecuentemente parece que no escucha cuando se le habla directamente” (Hidalgo & Sanchez, s.f. p. 615).
- d) “Frecuentemente no sigue instrucciones o no termina trabajos del colegio, recados, tareas o encargos del lugar de trabajo(no por causa del comportamiento oposicional o por no entender las instrucciones)” (Hidalgo & Sanchez, s.f. p. 615).
- e) “Frecuentemente tiene dificultad en organizar tareas y actividades” (Hidalgo & Sanchez, s.f. p. 615).
- f) “Frecuentemente evita, no le gusta o es reacio a hacer tareas que requieren esfuerzo mental mantenido(como trabajos en el colegio o deberes en casa)” (Hidalgo & Sanchez, s.f. p. 615).
- g) “Frecuentemente pierde cosas necesarias para actividades o tareas (juguetes, deberes del colegio, lápices, libros, instrumentos, material)” (Hidalgo & Sanchez, s.f. p. 615).
- h) “Frecuentemente se distrae con facilidad por estímulos externos” (Hidalgo & Sanchez, s.f. p. 615).
- i) “Frecuentemente es olvidadizo con todas s actividades diarias”. (Hidalgo & Sanchez, s.f. p. 615).

Todos los síntomas antes descritos pueden ser presentados en niños pequeños, pero es algo normal en ellos, ya que en muchas ocasiones los pequeños son distraídos, inquietos e impacientes. Y esto no necesariamente es que el estudiante tenga el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

2.1.4.- Características del TDAH

Las características más destacadas de este trastorno de déficit de atención e hiperactividad se identifican con los siguientes comportamientos:

“Su actividad motriz les lleva a levantarse de su asiento en forma continua, charlar con los otros estudiantes, hacer ruido... lo que provoca una interrupción constante del docente” (Fundacion cadah, s.f. pàrr. 11).

“Como se distraen fácilmente por su dificultad al concentrarse, les lleva más tiempo de lo debido a ejecutar sus tareas escolares y por esto obtienen un rendimiento escolar más bajo de lo debido. A este bajo rendimiento se le suma una mala memoria secuencial, produciendo una gran dificultad de aprendizaje en operaciones aritméticas, como en lecto-escritura”. (Fundacion cadah, s.f. pàrr. 12)

“El acto de ser impulsivo les lleva a querer acabar las tareas o actividades lo más rápido posible, lo cual les hace que cometan muchos errores, en algunas ocasiones obvian sílabas o palabras cuando escriben o leen, de la misma manera se confunden unas palabras con las otras” (Fundacion cadah, s.f. pàrr. 13).

“Además de estas características se observa también que los estudiantes se sienten muy frustrados por no realizar todas las tareas o actividades de forma rápida y de la misma manera que la realizan sus demás compañeros, de escuchar las quejas de sus docentes, el ver el gran rechazo de sus compañeros, todo esto les lleva a responder con rabietas o estallidos, lo cual nos demuestra que son personas con poca capacidad de autocontrol”. (Fundacion cadah, s.f. pàrr. 14)

Lo cual les llevara como consecuencia a que tengan una autoestima baja y esto originara otros tipos de trastornos como la depresión y la ansiedad, trastorno de conducta, trastorno oposicionista desafiante, en definitiva, una detección no temprana les puede conducir a cualquier tipo de conducta disfuncional.

2.1.5.- Características positivas del TDAH

Tener TDAH no es tan malo como parece, tiene características positivas, en donde lo que destaca es la creatividad y la originalidad

Según Cobo (2006) las características positivas del TDAH son:

- “Son ambiciosos, quieren ser "todo cuando sean mayores" (Cobo, s.f. p. 1).
- “Son buenos para hablar en público” (Cobo, s.f. p. 1).
- “Son buenos en las relaciones públicas” (Cobo, s.f. p. 1).
- “Son capaces de ver un orden en el caos” (Cobo, s.f. p. 1).
- “Son buenos resumiendo y sintetizando” (Cobo, s.f. p.1).
- “Son buenos ante los cambios” (Cobo, s.f. p. 1).
- “Son grandes generadores de ideas” (Cobo, s.f. p. 1).
- “Son compasivos consigo mismos y con los demás” (Cobo, s.f. p. 1).
- “Son hábiles para solucionar problemas” (Cobo, s.f. p. 1).
- “Siempre están dispuestos a probar y aprender cosas nuevas” (Cobo, s.f. p. 1).
- “Siempre están dispuestos a hacer nuevos amigos” (Cobo, s.f. p. 1).
- “Siempre están dispuestos a ayudar” (Cobo, s.f. p. 1).
- “Siempre tienen una gran decisión” (Cobo, s.f. p. 1).
- “Siempre buscan caminos alternativos hacia un fin” (Cobo, s.f. p. 1).
- “Se preocupan mucho por su familia” (Cobo, s.f. p. 1).
- “Tienen buena reacción en situaciones de emergencia” (Cobo, s.f. p. 1).
- “Tienen buena capacidad para enfrentarse a situaciones difíciles” (Cobo, s.f. p. 1).
- “Tienen la habilidad de encontrar caminos para superar obstáculos” (Cobo, s.f. p. 1).
- “Tienen soluciones ocurrentes para resolver problemas” (Cobo, s.f. p. 1).
- “Tienen gran sentido del humor” (Cobo, s.f. p. 1).
- “Tienen una gran memoria visual” (Cobo, s.f. p. 1).
- “Tienen un buen procesamiento en información por imágenes” (Cobo, s.f. p. 1).
- “Tienen una personalidad atractiva” (Cobo, s.f. p. 1).
- “Pueden hablar de muchas cosas al mismo tiempo” (Cobo, s.f. p. 1).
- “Pueden hacer que la gente se sienta escuchada” (Cobo, s.f. p. 1).
- “Pueden llevar a cabo muchos proyectos al mismo tiempo” (Cobo, s.f. p. 1).
- “Miran las situaciones desde todos los ángulos” (Cobo, s.f. p. 1).
- “Necesitan dormir menos que los demás” (Cobo, s.f. p. 1).

- “Evolucionan constantemente” (Cobo, s.f. p. 1).
- “Perdonan fácilmente” (Cobo, s.f. p. 1).

2.1.6.- Tipos de TDAH

Existen diferentes tipos de Trastornos con Déficit de atención e hiperactividad

2.1.6.1. TDAH, predominante con hiperactividad

Los estudiantes que presentan este tipo de TDAH se mueven en forma constante no pueden estar quietos, si están en su aula, están moviendo su silla o se están parando de forma constante no pueden permanecer sentados en su silla. Siempre está saltando o corriendo de un lado a otro ya sea en su hogar o en el aula de clase. Tiene problemas para jugar, no se puede relacionar tranquilamente, en algunas ocasiones realiza un ruido como si fuera un motor, es muy impulsivo al hablar en exceso, cuando se le realiza una pregunta se precipita antes de acabar de preguntarle. En forma constante interrumpe en las actividades que otros niños o estudiantes estén realizando. La hiperactividad varía de acuerdo a la edad y el nivel madurativo del estudiante.

2.1.6.2. TDAH, predominante con déficit de atención.

Los estudiantes con TDAH con déficit de atención pueden pasar desapercibidos debido a que muchos docentes consideran que son estudiantes tímidos y por eso no participan, en muchas ocasiones los padres no se dan cuenta que estos estudiantes con TDAH no pueden poner atención porque tienen dificultad al hacerlo y en muchas ocasiones se distraen con facilidad. Cuando un docente o un Padre de familia les dan una indicación se les hace muy difícil entender lo que se le está diciendo, muy frecuentemente no acaba las tareas y pierdes sus cosas. También suelen estar como en otro mundo o en otro lugar debido a que no prestan la atención adecuada, de la misma manera presentan problemas en organizarse y planificarse. Suelen distraerse fácilmente con cualquier ruido, o movimiento de sus compañeros debido a que están más atentos a eso que a la actividad que se le está proponiendo y es así que los Padres y docentes en muchas ocasiones piensan que es rebeldía de los niños

2.1.6.3. TDAH, combinado

El TDAH combinado presenta ambos tipos antes mencionado como es la hiperactividad, impulsividad y la desatención.

2.1.7.- Consecuencias:

Soutullo (2008) afirma “El TDAH tiene un efecto muy negativo sobre el que lo padece. “A largo plazo, y si no se trata correctamente produce una disminución del Rendimiento Académico que desemboca en fracaso escolar (...)” (Comunidad tdha, s.f. p. 4). “

Además afecta el desarrollo social y emocional del niño. Debido a los múltiples problemas en las relaciones con los compañeros por su impulsividad, los niños con TDAH tienden a tener pocos amigos, pocos duraderos y las relaciones son menos estrechas”. (Comunidad tdha, s.f. p. 5)

2.2. Clasificación del TDAH

“El manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5ta. Edición, en adelante DSM-5, publicado en mayo de 2013, inscribe al TDAH dentro de los trastornos del neurodesarrollo” (Medina, 2017, p. 8).

“Otro sistema de clasificación del TDAH es la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la OMS, CIE-10. Según esta clasificación es necesaria la presencia simultánea de los síntomas de déficit de atención, hiperactividad e impulsividad para diagnosticar el TDAH. Cuando a estos síntomas se le suma una alteración en la conducta, la CIE-10 habla de trastorno hiperquinético de la conducta/Hipercinético disocial. Por tanto, considera el TDAH como un trastorno de conducta”. (Medina, 2017, p. 9)

2.3. Funciones ejecutivas

“Las funciones ejecutivas se encuentran en el lóbulo prefrontal, coincidiendo con las áreas que afectan el TDAH. Estas áreas son las encargadas del funcionamiento ejecutivo y la autorregulación de la conducta y las emociones. Según Barkley (citado por Orjales, 2000) las funciones ejecutivas sirven para dar respuesta a los problemas

y los planteamientos que nos surgen en el transcurso de la vida, además permiten” (Medina, 2017, p. 9):

- ✓ “Seleccionar y retener la información” (Medina, 2017, p. 9).
- ✓ “Organizar y planificar una acción” (Medina, 2017, p. 9).
- ✓ “Generar distintas alternativas de actuar” (Medina, 2017, p. 9).
- ✓ “Elegir la acción más efectiva en base a los objetivos propuestos” (Medina, 2017, p. 9).
- ✓ “Frenar acciones menos efectivas” (Medina, 2017, p. 9).
- ✓ “Iniciar la acción” (Medina, 2017, p. 9).
- ✓ “Mantener la ejecución” (Medina, 2017, p. 9).
- ✓ “Obviar otras informaciones o estímulos no relevantes” (Medina, 2017, p. 9).
- ✓ “Detectar errores y reconducir nuestra conducta” (Medina, 2017, p. 9).
- ✓ “Finalizar con eficacia una acción” (Medina, 2017, p. 9).

“Las funciones ejecutivas se desarrollan desde la infancia. Sin embargo, los niños con TDAH sufren un retraso en el desarrollo de las mismas, de modo que su capacidad para elaborar respuestas ejecutivas, tomar decisiones o emprender acciones puede ser defectuosa o errónea. Entonces, estos niños no saben cuándo y dónde llevar a cabo una acción, pero si saben cómo hacerla, esto es un indicador de que este trastorno afecta a la ejecución y no a la capacidad”. (Medina, 2017, p. 10)

2.4.Detección

2.4.1. Definición de TDAH

“Según López-Ibor A. et al, 2002 (citado por Informe PANDAH, 2013), el TDAH es un trastorno conductual complejo y heterogéneo, de carácter crónico, cuyas causas se deben a factores principalmente genéticos y ambientales (pre y perinatales y de otro tipo). Tiene su origen en la infancia y sigue un patrón persistente de conductas de falta de atención y/o hiperactividad e impulsividad con una frecuencia e

intensidad mayores de lo habitual, interfiriendo en el rendimiento escolar y en otros ámbitos de la vida cotidiana”. (Medina, 2017, p. 10)

“Este trastorno es uno de los más frecuentes en la infancia y la adolescencia, y una de las principales causas de fracaso escolar y de dificultades en las relaciones sociales. Tiene un gran impacto en el desarrollo y la vida del niño, de su familia y su entorno”. (Medina, 2017, p. 10)

“Giraldo y Chaves (2014), señalan el trastorno por déficit de atención con hiperactividad como una alteración en el comportamiento que se diagnostica, más frecuentemente, en niños en edad escolar, y que tiende a persistir en la adolescencia y edad adulta. Este trastorno lleva consigo conductas perturbadoras como impulsividad, inquietud motora y falta de atención” (Medina, 2017, p. 11)

2.4.2. Características

“El TDAH tiene su inicio en la infancia y las manifestaciones propias se presentan antes de los 7 años. El 30% de los niños con esta patología, ya presentan síntomas en los 12 primeros meses de vida, y a partir de los dos años es posible advertir rasgos de temperamento difícil en un 56,5% de los casos”. (Vaquerizo 2015 como se citó en Medina, 2017, p. 11)

“Es vital que los docentes³ conozcan y sean capaces de reconocer las características presentes en un niño con TDAH, ya que eso supondría una identificación temprana y como consiguiente, una intervención más eficaz. No todos los niños con este trastorno son iguales, pueden presentar distintos comportamientos, actitudes, sintomatología, que suelen variar en función de la influencia cultural, social y educativa que cada niño lleva consigo”. (Medina, 2017, p. 11).

“Acorde con García Sánchez (2014), la característica principal de este trastorno es un esquema de comportamiento y funcionamiento alterado de forma estable y duradera. Además, atendiendo a Orjales, Marco y otros, Vaquerizo y Montañés, (citados por Estévez, 2015), en la etapa de Educación Infantil los síntomas se vuelven más plausibles, pudiendo presentar” (Medina, 2017, p. 12):

- a) “Inestabilidad en las relaciones interpersonales, el afecto y la autoimagen. o Tendencia a la frustración” (Medina, 2017, p. 12).
- b) “Excitabilidad difícil de controlar” (Medina, 2017, p. 12).
- c) “Dificultad para terminar tareas. o Escasa capacidad de inhibición y de planificación. o Inmadurez emocional” (Medina, 2017, p. 12).
- d) “Facilidad de distracción ante varios estímulos” (Medina, 2017, p. 12).
- e) “Juego inmaduro, haciendo uso monótono de los juguetes” (Medina, 2017, p. 12).
- f) “Dificultad para aceptar las normas sociales, tales como: respetar el turno de palabra o aceptar no ganar un juego” (Medina, 2017, p. 12).
- g) “Se adelantan a responder antes de haber escuchado la pregunta completa, interrumpen y hablan efusivamente” (Medina, 2017, p. 12).
- h) “Escasa flexibilidad para cambiar el foco de atención” (Medina, 2017, p. 12).
- i) “Invadir el espacio de la otra persona de manera oral y física” (Medina, 2017, p. 12).
- j) “Exceso de agresividad. o Escaso control de los impulsos” (Medina, 2017, p. 12).

“No obstante, Cabanyes y Polaino, 1997 (citados por Perote y Serrano, 2012), destacan de forma más acusada tres características: exceso de actividad motora (hiperactividad), impulsividad y déficit de atención (inatención). Estos tres síntomas pueden manifestarse con una intensidad variable y de forma independiente” (Medina, 2017, p. 12):

a) “Hiperactividad:

Presenta una imposibilidad de permanecer quieto. Este síntoma es difícil de discernir en edades tempranas, dado el carácter inquieto de los primeros años. Sin embargo, un niño de 2-3 años puede permanecer quieto escuchando un cuento, mientras que un niño con TDAH es incapaz de permanecer estático y escuchar sin interrumpir”. (Medina, 2017, p. 13)

b) “Impulsividad:

La persona con impulsividad se caracteriza por dar una respuesta excesivamente rápida ante un estímulo. La impulsividad se refiere a la dificultad para pensar las cosas antes de actuar. Los niños tienen serias dificultades para esperar por algo”. (Medina, 2017, p. 13)

c) “Déficit de atención:

La persona con déficit de atención muestra un alto grado de distracción debido a cambios en el foco de atención hacia otros estímulos irrelevantes, cambiando constantemente de una actividad a otra. La inatención que presentan no es selectiva, pues también olvidan situaciones o cosas importantes para el sujeto. Sin embargo, pueden sostener la atención más tiempo en actividades no cognitivas como ver la televisión”. (Medina, 2017, p. 13)

2.4.3. Etiología

“A pesar de los numerosos estudios no se ha establecido una causa fija y general que explique la aparición del TDAH. Se ha llegado a pensar que su origen está en el modelo de educación o resultado de un determinado ambiente familiar”. (Medina, 2017, p. 15)

“En contra de estas afirmaciones sin fundamento, Orjales I. (2004) señala que está claro que el TDAH no se produce por un problema emocional ni por la mala educación recibida [...]. Hay que considerar que los niños con TDAH son más difíciles de educar y muchos padres no saben cómo hacerlo, pero este no es el origen de sus problemas, es más bien una consecuencia. El TDAH es un trastorno complejo que no puede mantener su explicación en una única causa, sino por una serie de factores biológicos que interactúan entre sí, junto con otros factores ambientales”. (Medina, 2017, p. 15)

2.4.3.1. Factores genéticos

“El periódico El Mundo publica (2010) publica un artículo bajo el título: “El trastorno de hiperactividad tiene un origen genético”, en el que se concluye que el TDAH es un problema de desarrollo cerebral que tiene causa genética. Demuestra que si uno de los padres sufre este trastorno, los hijos tienen un 75% de posibilidades

de heredarlo. De acuerdo con Biderman y Faraone (citados por Pascual, 2009), diferentes estudios de familias establecen que la base genética del TDAH tiene una heredabilidad del 76%. Los estudios demuestran que las personas con antecedentes familiares de TDAH presentan un riesgo cinco veces mayor que las personas sin antecedentes familiares con TDAH”. (Medina, 2017, p. 15)

2.4.3.2. Factores ambientales: prenatales, perinatales y posnatales

“De acuerdo con Pineda (citado por Martínez-León, 2005), los factores de riesgo para el padecimiento de TDAH son: la exposición a nicotina, ingesta de alcohol, complicaciones en el parto y los trastornos neurológicos tempranos”. (Medina, 2017, p. 15)

“El Informe PANDAH (2013), asegura que, el TDAH puede darse o modificarse por alteraciones cerebrales (encefalitis) o traumatismos craneoencefálicos, por la exposición a elevados niveles de plomo y zinc, exposición intrauterina a alcohol, nicotina y algunos fármacos, la prematuridad o bajo peso al nacer”. (Medina, 2017, p. 15)

2.4.3.3. Factores neurológicos

“De acuerdo con Aguilar, (citado por Martínez-León, 2005), “las investigaciones actuales centran su atención en las áreas frontales y prefrontales del cerebro, encargadas de la regulación de la atención y la inhibición de información sensorial” (Medina, 2017, p. 15).

“Además, se han encontrado anomalías en el funcionamiento de estas estructuras, tanto a nivel químico como estructural. A nivel químico, se da una alteración en la actividad de dos neurotransmisores: dopamina y noradrenalina, en la sinapsis que existe entre dos neuronas. Se daría una producción insuficiente de dopamina y noradrenalina, y con ello una comunicación más pobre entre neuronas. La alteración en la actividad regulada por la noradrenalina denota dificultades de atención, concentración, motivación y aprendizaje. Mientras que la alteración en la actividad

regulada por la dopamina, desencadena los síntomas de hiperactividad e impulsividad”. (Ramos-Quiroga 2013 como se citó en Medina, 2017, p. 16)

2.4.3.4. Factores psicosociales

“No se ha demostrado que el factor psicosocial sea determinante en la etiología del TDAH, pero si desempeña un papel importante en la etiología del TDAH. Así como los factores contextuales de la familia: estrés, desavenencias matrimoniales, alteraciones de la organización o trastornos psicopatológicos de los padres, ya que dichos factores pueden influir en la comorbilidad del trastorno”. (García 2014 como se citó en Medina, 2017, pp. 16-17)

“Según Quintero, Jiménez y García (citados por García Sánchez, 2014), los entornos desfavorecidos, problemas familiares, malnutrición u hogares en riesgo social, contribuyen a la prolongación o perpetuación del trastorno, afectando en el deterioro de la conducta y fracaso escolar”. (Medina, 2017, p. 17)

2.4.4. Prevalencia

“Según el Informe PANDAH (2013), el TDAH afecta del 2 al 12% de la población pediátrica mundial. En Europa afecta a uno de cada 20 niños o adolescentes. En España se estima que un 6,8% de niños y adolescentes padecen TDAH. Estos datos pueden oscilar en función del criterio de diagnóstico, el método de evaluación, el tipo de muestra y las características socioculturales de la población evaluada”. (Medina, 2017, p. 17)

“Basándonos en el DSM-V (2013), la prevalencia de TDAH está en un 5% de los niños en edad escolar. Y la CIE-10, cuyos criterios de diagnóstico son más restrictivos, sitúa una prevalencia alrededor del 1,5%”. (Medina, 2017, p. 17)

“Según la Guía de Práctica Clínica sobre TDAH en niños y adolescentes (2010), en adelante GPC (2010), estima que entre un 3 y un 7% de la población escolar padece TDAH. Como vemos la prevalencia de población varía en función del criterio diagnóstico que se lleve a cabo”. (Medina, 2017, p. 17)

“El TDAH afecta a las personas independientemente del país, origen étnico, cultura o nivel socioeconómico al que pertenezca” (Medina, 2017, p. 17).

“De acuerdo con Biederman y Faraone (citados por García Sánchez, 2014), este trastorno afecta más a niños que a niñas, por cada tres niños con TDAH hay una niña que padece el trastorno. Las niñas presentan un 75% de los casos del perfil déficit de atención sin hiperactividad, y los niños presentan en mayor proporción el patrón de hiperactividad”. (Medina, 2017, p. 17)

2.4.5. Mitos y controversias

“Existe variedad de opiniones en torno al TDAH, muchos son quienes sostienen que este trastorno es un montaje socioeconómico, una moda social que se ha construido en base a determinados intereses económicos y políticos. Y que su etiología se debe a un problema neurótico, consecuencia de un estilo de vida desorganizado y sin límites de muchas familias”. (Medina, 2017, p. 20)

“En contra de todas estas afirmaciones, como hemos visto en apartados anteriores, numerosos autores, estudios e investigaciones aseguran que el TDAH es considerado un trastorno del neurodesarrollo, ya que existen evidencias tanto de su presencia como de su caracterización clínica”. (Medina, 2017, p. 20)

“No obstante, aunque hay constancia de que muchos individuos lo padecen, sí es cierto que en los últimos años se ha producido un sobrediagnóstico. Y este sobrediagnóstico no es de extrañar, puesto que la sociedad actual no beneficia a este trastorno. Está, es una sociedad impaciente, excesivamente estimulante y consumista, con abundantes modelos que favorecen los refuerzos inmediatos (videojuegos, dibujos, publicidad, etc.), potenciando una baja tolerancia a la frustración. Estos modelos a los que los niños están acostumbrados actualmente, no favorecen ni entrenan la atención, la paciencia, ni el autocontrol”. (Medina, 2017, p. 20)

Estamos rodeados de estímulos que requieren respuestas inmediatas, sin necesidad de reflexión, en los que las recompensas son externas e inmediatas” (García 2014 como se citó en Medina, 2017, p. 20)

2.5. Diagnóstico

“El diagnóstico del TDAH implica a los servicios sanitarios, educativos y sociales y a la familia, dadas sus características clínicas y su origen neurobiológico” (Medina, 2017, p. 22).

“Para un diagnóstico acertado, el clínico tratante recoge información aportada de las observaciones de la familia y de maestros o tutores, mediante registros acumulativos del comportamiento, y se le entrega a los familiares y maestros escalas valorativas de comportamiento, en las que mediante observación diaria puedan ir apuntando conductas disruptivas”. (Medina, 2017, p. 22)

“El diagnóstico del TDAH es muy complicado, ya que este trastorno aparece, generalmente, asociado a algunas comorbilidades. El diagnóstico puede ser realizado por psiquiatras, pediatras, psicólogos clínicos, neuropediatras y neurólogos”. (Medina, 2017, p. 22)

“En el caso de diagnósticos a menores de 5 años, se hace imprescindible realizar diagnósticos ceñidos a la etapa del desarrollo. Suele ser muy difícil diferenciar los síntomas en niños de preescolar, ya que pueden confundirse con los signos típicos de la edad. Aunque los síntomas del TDAH se manifiestan desde los primeros años, es complejo realizar un diagnóstico en preescolar. No obstante, no es recomendable un diagnóstico firme hasta los 7 años”. (Medina, 2017, p. 22)

“Ya que es en la escuela primaria donde el ambiente del niño requiere de unas exigencias: mayor atención y control sobre sí mismo, esto hace que la sintomatología sea más evidente en estas edades” (Medina, 2017, p. 22).

2.5.1. Criterios diagnósticos

“A continuación, se muestran los criterios establecidos por el DSM-V (2014) para el diagnóstico de TDAH” (Medina, 2017, p. 24):

“Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2)” (Medina, 2017, p. 24).

“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” (Medina, 2017, p. 24):

- a. “Con frecuencia falla en prestar la debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (por ejemplo, se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión)”. (Medina, 2017, p. 24)
- b. “Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (por ejemplo, tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o lectura prolongada)” (Medina, 2017, p. 24).
- c. “Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ejemplo, parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente)” (Medina, 2017, p. 24).
- d. “Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (por ejemplo, inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad)” (Medina, 2017, p. 24).
- e. “Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (por ejemplo, dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos)” (Medina, 2017, p. 24).
- f. “Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos)”. (Medina, 2017, p. 24)

- g. “Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles de trabajo, gafas, móvil)” (Medina, 2017, p. 25).
- h. “Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados)” (Medina, 2017, p. 25).
- i. “Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (por ejemplo, hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas)” (Medina, 2017, p. 25).

“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” (Medina, 2017, p. 25):

- a. “Con frecuencia juguetea o golpea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento” (Medina, 2017, p. 25).
- b. “Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (por ejemplo, se levanta en clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, en situaciones que requieren mantenerse en su lugar)” (Medina, 2017, p. 25).
- c. “Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)” (Medina, 2017, p. 25).
- d. “Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas” (Medina, 2017, p. 25).
- e. “Con frecuencia está `ocupado`, actuando como si `lo impulsara un motor` (por ejemplo, es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos)” (Medina, 2017, p. 25).
- f. “Con frecuencia habla excesivamente” (Medina, 2017, p. 25).

- g. “Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (por ejemplo, termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación)” (Medina, 2017, p. 25).
- h. “Con frecuencia le es difícil esperar su turno (por ejemplo, mientras espera una cola)” (Medina, 2017, p. 25).

“Hiperactividad (presentar 3 o más síntomas, durante al menos 6 meses)”
(Medina, 2017, p. 27):

- d) “Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies, o removiéndose en su asiento” (Medina, 2017, p. 27).
- e) “Abandona el asiento en el aula o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado” (Medina, 2017, p. 27).
- f) “A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas” (Medina, 2017, p. 27).
- g) “Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas” (Medina, 2017, p. 27).
- h) “Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social” (Medina, 2017, p. 27).

“Impulsividad (presentar al menos 1 síntoma, durante 6 meses)” (Medina, 2017, p. 28):

- a) “Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas” (Medina, 2017, p. 28).
- b) “A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo” (Medina, 2017, p. 28).
- c) “A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros” (Medina, 2017, p. 28).
- d) “Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales” (Medina, 2017, p. 28).

“Se debe cumplir que estos síntomas estén presentes antes de los 7 años y darse en dos o más ámbitos de la vida del niño, y que afecten negativamente a su calidad de

vida. Solo se cumplirá el diagnóstico de Trastorno Hipercinético si no cumple los criterios de: trastorno generalizado del desarrollo, episodio depresivo o trastorno de ansiedad”. (Medina, 2017, p. 28)

2.5.2. Subjetividad del diagnóstico

“Por el momento nos encontramos con que el diagnóstico del TDAH se hace sobre una base subjetiva, las escalas e instrumentos de evaluación tienen un valor de confirmación o refuerzo del diagnóstico dado por los profesionales. De modo que la mejor forma de otorgar objetividad al diagnóstico es la combinación de varios factores: el contraste de información de varias fuentes (familia, niño, escuela), el mantenimiento de los síntomas durante más de 6 meses y el número de síntomas asociados”. (Medina, 2017, p. 29)

2.6. Tratamiento

“En determinados casos, se recomienda que el tratamiento se haga desde un enfoque multidisciplinar: tratamiento psicológico, farmacológico y psicopedagógico. El tratamiento debe aplicarse de forma individualizada, ya que este trastorno es heterogéneo, se presenta en distintas formas en función del individuo”. (Medina, 2017, p. 30)

2.6.1. Tratamiento farmacológico

“Este tratamiento se basa en la administración de fármacos al paciente para mejorar la hiperactividad, la atención, la concentración y disminuir la inquietud e impulsividad” (Medina, 2017, p. 31)

“En la actualidad, los psicoestimulantes son los fármacos más habituales en el tratamiento de TDAH, se consideran los más seguros y eficaces. Estos fármacos elevan el nivel de alerta y la actividad del sistema nervioso central, gracias a un aumento en la disponibilidad de dopamina e impiden su re-captación en el nivel presináptico. De este modo, la dopamina está más tiempo disponible en el espacio sináptico. El psicoestimulante más común para el tratamiento de TDAH es el metilfenidato, que mejora la hiperactividad e impulsividad y la capacidad de

atención. Es eficaz en el 75% de los casos, esta mejora se cree que se debe a un incremento en la concentración de dopamina y noradrenalina”. (Medina, 2017, p. 31)

“Aunque este compuesto puede presentar algunos efectos adversos como: pérdida de apetito y de peso, insomnio, ansiedad, inquietud, cefaleas, tics e incremento de la frecuencia cardiaca” (Wolraich 2007 como se citó en Medina, 2017, p. 31).

2.6.2. Tratamiento psicológico

“El fin de este tratamiento es ayudar al paciente y a su familia a controlar y manejar los síntomas del TDAH, aumentar el autocontrol, mejorar la socialización y gestionar la frustración. Este procedimiento se basa en la teoría conductista y cognitiva. Esta intervención se hace sobre el paciente, su entorno familiar y escolar, y se diseña un plan personalizado en función de las necesidades, en torno a las áreas cognitiva, conductual o emocional”. (GPC 2010 como se citó en Medina, 2017, p. 31)

“Para un tratamiento inicial la GPC (2010) recomienda la terapia cognitivoconductual para cualquiera de las siguientes situaciones” (Medina, 2017, p. 31).

- ✓ “En el caso de que los síntomas de TDAH sean leves” (Medina, 2017, p. 31).
- ✓ “El impacto de las manifestaciones del trastorno sobre la vida cotidiana del niño es mínimo. En el caso de que el diagnóstico no sea del todo fiable” (Medina, 2017, p. 31).
- ✓ “Si los padres rechazan el tratamiento farmacológico” (Medina, 2017, p. 32).
- ✓ “En niños menores de 5 años” (Medina, 2017, p. 32).
- ✓ “Una gran discrepancia sobre la frecuencia e intensidad de los síntomas entre los padres, o entre estos y los profesores” (Medina, 2017, p. 32).

“Los tipos de intervenciones psicológicas más frecuentes son: la terapia de conducta, entrenamiento para padres, entrenamiento en habilidades sociales y técnicas de relajación” (Medina, 2017, p. 32).

2.6.3. Tratamiento psicopedagógico

“El tratamiento psicopedagógico representa un conjunto de prácticas institucionalizadas de intervención en el campo del aprendizaje, sea como prevención y tratamiento de trastornos, o como modificación del proceso de aprendizaje escolar (Castorina et al., 1989, citado en GPCM, 2010). Implica la colaboración conjunta de los padres y el profesorado”. (Medina, 2017, p. 32)

“Entendemos esta intervención como un recurso psicoeducativo, necesario para responder a las necesidades educativas específicas que puedan presentar los alumnos con TDAH” (Medina, 2017, p. 32).

“El programa de intervención, que será individualizado acorde a las necesidades, debe incluir aspectos académicos, sociales, conductuales y emocionales” (García 2014 como se citó en Medina, 2017, p. 32).

“El tratamiento psicopedagógico se aborda desde una reeducación psicopedagógica. Dicha reeducación se basa en refuerzos escolares individualizados y específicos, con el fin de minimizar los efectos del TDAH e inculcar enseñanza en habilidades de aprendizaje y competencias académicas. Mediante la reeducación psicopedagógica se pretende trabajar los hábitos que fomenten conductas apropiadas para el aprendizaje (horarios y agenda escolar), reducir o eliminar conductas inapropiadas o desafiantes”. (GPC 2010 como se citó en Medina, 2017, p. 32)

“En un estudio realizado por Langbert, 2008 (citado por GPC TDAH, 2010), se hicieron intervenciones psicopedagógicas con un grupo de alumnos, el estudio concluyó que aplicar intervenciones sobre la organización de competencias mejora el rendimiento académico” (Medina, 2017, p. 32).

“Las intervenciones en la escuela deben contemplar adaptaciones curriculares, ya que entre los individuos con TDAH cuentan con circunstancias, capacidades y dificultades propias. Las adaptaciones curriculares son medidas ordinarias o extraordinarias de atención a la diversidad, y el objetivo principal es facilitar los procesos de enseñanza-aprendizaje”. (Medina, 2017, p. 33)

“Podemos encontrar dos tipos de adaptaciones curriculares, significativas o no significativas: las primeras son adaptaciones que afectan al currículo ya que modifican objetivos generales de la etapa, contenidos las áreas curriculares, y criterios de evaluación; las no significativas son estrategias de apoyo destinadas a un alumno concreto o un grupo de alumnos, afectando a la metodología, temporalización, tipo de actividades, instrumentos y técnicas de evaluación, pero no afecta a los elementos preceptivos del currículo, ajustando el grado de dificultad al nivel de competencia del alumno”. (Medina, 2017, p. 33)

Además, estas adaptaciones son de fácil aplicación y son asumibles por el tutor en el aula. (Informe PANDAH, 2013)” (Medina, 2017, p. 33).

“El contexto escolar es el lugar idóneo para desarrollar programas de intervención, aunque esto implique retos para los docentes, que en su mayoría no están suficientemente preparados para ofrecer respuestas apropiadas” (Medina, 2017, p. 33).

“Una intervención educativa nunca debe considerarse una acción neutra, por lo que debe denotar significatividad, debe ser planificada, dinámica y flexible. Para ello los docentes han de estar familiarizados y ser conocedores de las manifestaciones del TDAH, favoreciendo la detección precoz y la atención temprana. Por lo que resulta muy recomendable formar a los docentes, capacitándoles ante la detección de TDAH, y para el manejo de las conductas que manifiestan (Informe PANDAH, 2013)”. (Medina, 2017, p. 33)

2.6.4. Tratamiento multimodal

“El tratamiento multimodal supone coordinar simultáneamente tratamientos de tipo psicológico, psicopedagógico y farmacológico, ninguna de estas intervenciones puede sustituir a las demás” (Medina, 2017, p. 33)

“Murphy, 2005, citado por Estévez Estévez (2015), afirma que la intervención más efectiva es la combinación de medicación, tratamiento psicoeducativo, las habilidades sociales, las acomodaciones escolares, la utilización de la tecnología y el

asesoramiento de un especialista. Este conjunto de tratamientos posibilita la intervención en diferentes ámbitos”. (Medina, 2017, p. 33)

“Resulta ser el tratamiento que ofrece mejores resultados, ejerciendo efectos inmediatos y de larga duración. Requiere de la implicación de familia, profesores, médicos y psicólogos en todos los niveles de la terapia (GPC TDAH, 2010)”. (Medina, 2017, p. 34)

2.6.5. Tratamientos alternativos

“La existente duda ante los tratamientos farmacológicos, ha producido un aumento de medicinas alternativas y naturales. Algunas de estas terapias alternativas para el tratamiento de TDAH según el Informe PANDAH (2013)” (Medina, 2017, p. 34), son:

- ✓ “Tratamientos dietéticos” (Medina, 2017, p. 34).
- ✓ “Tratamientos de optometría” (Medina, 2017, p. 34).
- ✓ “Homeopatía” (Medina, 2017, p. 34).
- ✓ “Medicina herbaria” (Medina, 2017, p. 34).
- ✓ “Estimulación auditiva” (Medina, 2017, p. 34).
- ✓ “Biofeedback por encefalograma” (Medina, 2017, p. 34).
- ✓ “Osteopatía” (Medina, 2017, p. 34).
- ✓ “Psicomotricidad” (Medina, 2017, p. 34).

CAPÍTULO III:

INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA EN NIÑOS CON TDAH

3.1. Estudios recientes

“Una vez estudiados los diferentes aspectos característicos del TDAH (características, diagnóstico, tratamientos, etc.), se presenta una revisión de estudios nacionales recientes, relacionados con la intervención en niños que presentan dicho trastorno (Ver tabla 8)” (Medina, 2017, p. 34).

“En este sentido, se destaca la investigación de Galvez (2010), quien realizó un estudio sobre la eficacia de la administración de medicinas naturales en niños con TDAH. En concreto, analiza una muestra de 36 niños en edades comprendidas entre 3 y 17 años a los que se les suministra un tratamiento a base de fitoterapia⁵. Tiene una duración de 4 semanas, en las que se les administra a los niños dos capsulas diarias, estas cápsulas son un compuesto de plantas de origen vegetal”. (Medina, 2017, p. 35)

“En el resultado se observa una alta eficacia, ya que se presentan mejorías en la impulsividad en el 74% de los niños. Es un buen resultado, no obstante puede estar influido por varios factores como: la edad (ya que en el rango de edad hay mucha diferencia), el contexto de cada niño; la situación familiar. Como posible respuesta ante dicha limitación sería: acortar el rango de edad (entre 3 y 4 años); realizar el estudio a niños de una misma ciudad y contexto social. De modo que la influencia de factores externos no sea significativa”. (Medina, 2017, p. 35)

“La conclusión de este estudio indica que la fitoterapia es un tratamiento natural que resulta eficaz contra la impulsividad, además de no presentar efectos adversos” (Medina, 2017, p. 35).

“Asimismo, Salgado (2015) realiza un estudio sobre la eficacia del software educativo en el caso de una niña de 7 años con TDAH. En él, se analizan los resultados obtenidos en unos subtest realizados, previa o posteriormente, utilizando un instrumento potenciador de la memoria operativa y la atención (Memotiva). En los resultados observamos un incremento de la atención tras la intervención del software, con lo que concluimos que es un instrumento adecuado para trabajar este ámbito. Además, es una metodología atractiva para los niños. Sin embargo, no puede usarse en niños de infantil”. (Medina, 2017, p. 35)

“En cuanto a Papazian, Alfonso, Luzondo, Araguez. (2009), analizan un estudio del entrenamiento de las funciones ejecutivas. En él, se compara la mejora entre niños que reciben entrenamiento de la memoria de trabajo y los que no reciben entrenamiento. Concluye con una eficacia notoria en la inatención, hiperactividad/impulsividad y función ejecutiva, en el primer año las mejoras globales fueron del 1,3%, en el segundo de un 2%, y un 2,49% en el tercer año de entrenamiento. Por consiguiente, los niños de educación infantil con TDAH deberían recibir entrenamiento de las funciones ejecutivas durante como mínimo 3 años”. (Medina, 2017, p. 35)

“Finalmente, Orozco y Perochena (2016), demuestran en su estudio que una metodología por proyectos ayuda a la mejora de la calidad de aprendizaje del niño con TDAH. El único inconveniente podría ser que no existe una herramienta objetiva que mida la mejora del tipo de aprendizaje”. (Medina, 2017, p. 36)

3.2.Propuesta de intervención

“Los estudios presentados sobre la etiología, prevalencia, criterios diagnósticos, manifestaciones, tratamientos e intervenciones sobre el TDAH, han permitido la elaboración de una propuesta de intervención, desde el punto de vista educativo, para los docentes-tutores que ejecutan su labor en el último curso de Educación Infantil. Es importante destacar, de acuerdo a lo estudiado, que el diagnóstico del TDAH en este nivel, es más fiable que en edades más tempranas”. (Medina, 2017, p. 37)

3.3. Planificación de actividades

“Todas las actividades están pensadas para mejorar los síntomas nucleares de un niño con TDAH, pero al mismo tiempo se pueden realizar en el aula ordinaria con todo el grupo, de modo que el niño no tiene que salir de la clase y se trabajan aspectos adecuados para todos los alumnos. No obstante, la maestra prestará especial atención al alumno con TDAH, durante estas actividades, observando limitaciones o posibles avances y mejoras”. (Medina, 2017, p. 38)

“Previamente a la realización de las actividades que requieran de esfuerzo cognitivo, la maestra puede indicar unas instrucciones que el niño tendrá que aprender y repetir en voz alta y a sí mismo en el transcurso de una actividad, en el siguiente orden” (Medina, 2017, p. 38):

- a) “Escucho con atención lo que dice la maestra” (Medina, 2017, p. 38).
- b) “Pienso lo que tengo que hacer antes de empezar” (Medina, 2017, p. 38).
- c) “Realizo la actividad despacio” (Medina, 2017, p. 38).
- d) “Repaso la actividad” (Medina, 2017, p. 38).

“Las actividades tienen que presentarse de forma atractiva. En todo momento, es adecuado motivar al niño con elogios del tipo “lo estás haciendo bien”, “continúa así”, “me gusta como estas trabajando”, también se deben reforzar las conductas deseadas a través de abrazos, caricias o chocar la mano”. (Medina, 2017, p. 38)

3.3.1. “Actividad 1: “El adivino”” (Medina, 2017, p. 39)

“Objetivos” (Medina, 2017, p. 39)

- ✓ “Desarrollar la memoria perceptiva” (Medina, 2017, p. 39).
- ✓ “Entrenar la percepción” (Medina, 2017, p. 39).
- ✓ “Discriminar objetos” (Medina, 2017, p. 39).
- ✓ “Focalizar la atención” (Medina, 2017, p. 39).
- ✓ “Entrenar la paciencia y el respeto hacia los compañeros” (Medina, 2017, p. 39).

“Temporalización” (Medina, 2017, p. 39):

- ✓ “Aproximadamente 15 minutos” (Medina, 2017, p. 39).
- ✓ “Es recomendable realizarla en las horas próximas al comienzo de la jornada, o cuando observemos picos de atención” (Medina, 2017, p. 39).

“Material” (Medina, 2017, p. 39):

“Objetos llamativos de distintos colores y tamaños” (Medina, 2017, p. 39)

“Desarrollo” (Medina, 2017, p. 39):

“Esta actividad se lleva a cabo con todo el grupo. Consiste en presentar a los niños 4 objetos (rotulador, libro, tapón y globo), decimos en voz alta como se llama cada objeto y se les explica lo que pasara a continuación. Deben memorizar los objetos, y la maestra nombra un “adivino” que será quien tenga que cerrar los ojos, mientras la maestra retira un objeto. Cuando el adivino abra los ojos tiene que decir que objeto ha desaparecido. Mientras tanto los demás compañeros no pueden decir nada en voz alta y tendrán que esperar al próximo turno para hacer de adivinos. Se puede empezar con menos objetos e ir aumentando la dificultad”. (Medina, 2017, p. 39)

3.3.2. “Actividad 2: “¡ Escuchó una historia;”” (Medina, 2017, p. 39)

“Objetivos” (Medina, 2017, p. 39):

- ✓ “Estimular la atención y percepción auditiva” (Medina, 2017, p. 39).
- ✓ “Trabajar la paciencia y respetar el turno” (Medina, 2017, p. 39).

“Temporalización” (Medina, 2017, p. 39):

- ✓ “15 minutos. Es recomendable que se realice en la asamblea” (Medina, 2017, p. 39).

“Material” (Medina, 2017, p. 39):

- ✓ “Cuento” (Medina, 2017, p. 39)

“Desarrollo: Previamente a contar una historia, se pactará con los alumnos que cada vez que la maestra diga una palabra a lo largo de la historia, el encargado del día tendrá que realizar una acción acordada, como tocarse la cabeza. Por ejemplo, la historia repite 4 veces la palabra “luna”, por lo tanto se indica al responsable que cuando escuche “luna” tiene que tocarse la cabeza. En el caso de que la maestra diga

la palabra y el niño responsable no se percate, el turno de responsable pasará a otro compañero. En el caso de que perciba todas las repeticiones se le felicitará con palabras y muestras de afecto delante de los demás. De esta manera el niño con TDAH podrá trabajar la atención el día que sea el responsable y entrenar la paciencia y el respeto del turno los días que otros compañeros sean los responsables”. (Medina, 2017, p. 40)

3.3.3. Actividad 3: “Adecuado o no adecuado” (Medina, 2017, p. 40)

“Objetivos” (Medina, 2017, p. 40)

- ✓ “Controlar impulsos” (Medina, 2017, p. 40).
- ✓ “Discriminar entre comportamientos adecuados e inadecuados” (Medina, 2017, p. 40).
- ✓ “Interiorizar hábitos y normas” (Medina, 2017, p. 40).

“Temporalización” (Medina, 2017, p. 40):

- ✓ “15-20 minutos” (Medina, 2017, p. 40).
- ✓ “Se puede llevar a cabo después de momentos de juego por rincones” (Medina, 2017, p. 40).

“Material” (Medina, 2017, p. 40):

“Cartulina, pajitas, pintura, laminas en las que figuren comportamientos” (Medina, 2017, p. 40).

“Desarrollo” (Medina, 2017, p. 40):

“El día previo a la actividad lo dedicaremos a realizar dos paletas por alumno, fabricadas con pajitas y cartulina verde y roja. Cada niño dibujara una cara alegre en la cartulina verde y una cara triste en la roja y se explica la actividad que realizarán con ese material, fabricado por ellos mismos. Se llevará a cabo con un pequeño grupo de 3-4 alumnos y los turnos irán rotando. Consiste en presentar una lámina que represente una conducta, y se explicar la conducta, del tipo: al entrar en clase no doy los buenos días y voy corriendo a jugar en los rincones”. (Medina, 2017, p. 40)

“Los niños tendrán en una mano la paleta verde que indica “conducta adecuada” y en la otra, la paleta roja que indica “conducta no adecuada”, la maestra explica la conducta y pregunta a un alumno si es adecuada o no adecuada, e indica que antes de

responder tiene que reflexionar y explicar a los demás cuál sería la conducta adecuada, que en este caso sería: “entro en clase, doy los buenos días y me siento en la alfombra”. (Medina, 2017, pp. 40-41)

“Otra conducta a discriminar puede ser: cuando es el turno de un compañero espero callado a que llegue mi turno. En este caso el niño tendría que explicar a sus compañeros que está es una conducta adecuada porque hay que respetar el turno”. (Medina, 2017, p. 41)

3.3.4. Actividad 4. “Voy a la playa” (Medina, 2017, p. 41)

“Para esta actividad me he basado en la relajación muscular de Koeppen y el método de relajación de Jacobson” (Medina, 2017, p. 41).

“Objetivos” (Medina, 2017, p. 41):

- ✓ “Entrenar la relajación” (Medina, 2017, p. 41).
- ✓ “Expresar instrucciones en el orden establecido” (Medina, 2017, p. 41).
- ✓ “Desarrollar la paciencia” (Medina, 2017, p. 41).
- ✓ “Focalizar la atención y percepción en zonas del cuerpo” (Medina, 2017, p. 41).

“Temporalización” (Medina, 2017, p. 41):

- ✓ “15 minutos” (Medina, 2017, p. 41).

“Recursos” (Medina, 2017, p. 41):

- ✓ “música relajante de mar y aula de psicomotricidad” (Medina, 2017, p. 41).

“Desarrollo: La maestra explicará que la sesión se va a desarrollar en una playa que cada uno puede imaginar a su gusto. A lo largo de la actividad se irán recitando instrucciones que los niños tienen que simular” (Medina, 2017, p. 41):

- ✓ “Nos tumbamos en la toalla y nos echamos crema en: un brazo, otro brazo, en una pierna, en otra, la tripa y la cara, en el orden descrito” (Medina, 2017, p. 41).

- ✓ “Cerramos los ojos y escuchamos el sonido de las olas y de las gaviotas (esta situación se mantendrá durante 2 minutos)” (Medina, 2017, p. 41).
- ✓ “Sentimos el calor del sol en nuestro cuerpo y nos encontramos muy relajados (esta situación se mantendrá 2 minutos)” (Medina, 2017, p. 41).
- ✓ “Una mosca se posa en nuestra frente, nos está prohibido mover las manos, así que tratamos de espantarla arrugando la frente” (Medina, 2017, p. 41).
- ✓ “Apretamos los ojos con fuerza, mantenemos uno segundos y relajamos” (Medina, 2017, p. 42).
- ✓ “Repetimos la acción de apretar, mantener y relajar con la nariz” (Medina, 2017, p. 42).
- ✓ “Repetimos la acción de apretar, mantener y relajar con las manos” (Medina, 2017, p. 42).
- ✓ “Tensamos todo el cuerpo, mantenemos unos segundos y relajamos el cuerpo respirando profundamente” (Medina, 2017, p. 42).

3.4.Evaluación

“Se lleva a cabo mediante observación directa y diría del alumno, además de anotaciones de cómo va sucediendo su comportamiento a lo largo de la jornada, fijándonos en posibles indicadores de alguna mejoría o por el contrario si la intervención no está dando resultado y el alumno no manifiesta ningún signo en su comportamiento y síntomas de mejoras”. (Medina, 2017, p. 49)

Tabla 01: Preguntas y anotaciones del docente

<p>Actividad 1.</p> <p>¿Recuerda todos los objetos presentados?</p> <p>¿Reconoce el objeto escondido?</p> <p>¿Se concentra en la actividad?</p> <p>¿Espera su turno sin interrumpir?</p>	<p>Actividad 2</p> <p>¿Escucha con atención la historia?</p> <p>¿Espera su turno sin interrumpir?</p> <p>¿Se percata cada vez que escucha la palabra pactada?</p>
<p>Actividad 3.</p> <p>¿Reconoce el comportamiento adecuado?</p>	<p>Actividad 4</p> <p>¿Espera paciente las instrucciones?</p>

¿Y el comportamiento no adecuado?
 ¿Participa con interés en la realización de la paleta y reconoce su uso?
 ¿Se anticipa a que el docente termine de explicar el comportamiento?

Actividad 5

¿Controla el globo a través de golpecitos?
 ¿Permanece quieto cuando lo indica la música y deja caer el globo?
 ¿Se enfada cuando tiene que permanecer inmóvil y dejar caer el globo?
 ¿Se relaja cuando puede volver a moverse y coger el globo?
 ¿Impide la participación del compañero?
 ¿Tiene control sobre su tono muscular?

Actividad 7

¿Llega a relajarse por completo?
 ¿Centra la atención en las partes del cuerpo donde está la pelota?
 ¿Empatiza con su compañero?
 ¿Se adelanta y deja el masaje de su compañero a medias?

Actividad 9

¿Mantiene la concentración en el dibujo?
 ¿Pinta rápido para terminar antes?
 ¿Se relaja con la actividad?
 ¿Es constante y termina su mandala?
 ¿Se entusiasma con su obra?

Actividad 11

¿Adivina de que animal se trata aun faltando partes del dibujo?

¿Se adelanta a las instrucciones?
 ¿Logra relajarse?
 ¿Centra la atención en las zonas del cuerpo que se citan?

Actividad 6

¿Controla su capacidad motriz y sabe cuándo bajar el brazo?
 ¿Se anticipa y deja caer el brazo antes de que lo haga la bola de papel?
 ¿Se relaja cuando la bola cae?
 ¿Se enfada si no consigue esperar a que la bola de papel toque el suelo?

Actividad 8

¿Se adelanta a que el docente enseñe la lámina del animal?
 ¿Controla la relajación?
 ¿Cambia el ritmo de la relajación sin alterarse?

Actividad 10

¿Es capaz de centrar la atención en ambos estímulos?
 ¿Realiza bien la tarea?
 ¿Consigue eludir la atención de un estímulo cuando se centra en otro?

Actividad 12

¿Distingue y asocia los dibujos del alfabeto con los del papiro?

- ¿Reconoce las partes que faltan?
- ¿Es capaz de ver el dibujo como un todo?
- ¿Es capaz de ver las diferencias entre dibujos similares?
- ¿Deja que su compañero participe y escucha sus sugerencias

PARA TODAS LAS ACTIVIDADES

- ¿Escucha, entiende y sigue las instrucciones?
- ¿Se muestra interesado en la tarea?
- ¿Se concentra en la actividad?
- ¿Escucha las reglas e instrucciones del juego sin interrumpir ni levantarse?
- ¿Se aburre en algún momento del juego?
- ¿Comete muchos errores por adelantarse y hacerlo rápido?

Fuente: (Medina, 2017, pp. 49-50)

3.5.Pautas de actuación para el docente

“El docente puede realizar infinidad de juegos y actividades sencillos en el aula para conseguir una mejora en la percepción y la atención, estos pueden ser” (Medina, 2017, p. 51):

“Lectura de cuentos ya conocidos. o Establecer tiempos con alarmas para empezar y terminar una tarea. o Juegos de secuencia, dominós, puzzles... o Juegos de diferencias (poner una imagen de un león y de un tigre, y explicar que diferencias y que cosas en común tienen). o Hablar sobre acontecimientos pasados (¿Qué habéis hecho en el patio?)”. (Medina, 2017, p. 51).

“El docente debe tener conocimiento de los síntomas que manifiesta el niño y tomar algunas medidas generales en el aula que sean efectivas en la mejora de los síntomas manifiestos” (Medina, 2017, p. 51).

“A continuación, se presentan algunas indicaciones para las docentes tomadas de la Federación Española de Asociaciones para la ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH, 2010)”. (Medina, 2017, p. 51)

- ✓ “Identificar debilidades y fortalezas del alumno” (Medina, 2017, p. 51).

- ✓ “Entrenamiento de estrategias de autorregulación, haciendo consciente al alumno de sus capacidades y limitaciones” (Medina, 2017, p. 51).
- ✓ “Entrenar con el alumno las habilidades interpersonales” (Medina, 2017, p. 51).
- ✓ “Las normas deben presentarse de forma clara y precisa” (Medina, 2017, p. 51).
- ✓ “La ubicación del alumno debe ser la más cercana a la mesa del docente, y la mesa compartida con los compañeros tiene que estar compuesta por otros alumnos trabajadores y muy tranquilos” (Medina, 2017, p. 51).
- ✓ “La mesa en la que esté ubicado el alumno tiene que contener el mínimo de cosas posibles, evitando distracciones” (Medina, 2017, p. 51).
- ✓ “Las instrucciones de una tarea tienen que ser cortas y darse de una en una” (Medina, 2017, p. 51).
- ✓ “Realizar adaptaciones curriculares no significativas, haciendo tareas más breves y en formatos muy visuales” (Medina, 2017, p. 51).
- ✓ “Usar estrategias para que el niño piense antes de realizar la actividad, por ejemplo, que coloque sus dedos índices sobre las sienes cuando tiene que reflexionar o razonar sobre algo” (Medina, 2017, p. 52).
- ✓ “Reafirmar y premiar conductas adecuadas. Motivar al niño durante el proceso de una actividad” (Medina, 2017, p. 52).
- ✓ “Incentivar el interés del niño a través de preguntas” (Medina, 2017, p. 52).
- ✓ “Crear rutinas para toda la clase, y en caso de algún cambio avisarlo con tiempo. Acordar algunas tareas en las que el niño ayude al docente, de modo que tenga que desplazarse varias veces” (Medina, 2017, p. 52).
- ✓ “Materializar el tiempo con relojes” (Medina, 2017, p. 52).
- ✓ “Realizar un horario de la jornada lectiva con dibujos, para que el niño sepa en todo momento lo que viene a continuación” (Medina, 2017, p. 52).
- ✓ “Organizar el tiempo siguiendo unas rutinas diarias” (Medina, 2017, p. 52).
- ✓ “Organizar los materiales del aula, mediante etiquetas” (Medina, 2017, p. 52).

3.6.Pautas de actuación para familias

“Los familiares de niños con TDAH tienen que afrontar las manifestaciones y conductas que el trastorno acarrea, y suele ocurrir que no están preparados ni documentados para tratar con según qué situaciones” (Medina, 2017, p. 52). “Debido a estas conductas los padres a veces, adoptan un rol contraproducente, que lejos de beneficiar al niño, propician más dificultades conductuales” (Labrador 2016 como se citó en Medina, 2017, p. 52).

“Los padres tienen que documentarse y cambiar la forma de afrontar las actitudes de su hijo, para ello se proponen algunas recomendaciones de acuerdo con la FEAADAH (2010)” (Medina, 2017, p. 52):

- ✓ “Afrontar el trastorno y mantener una actitud positiva y de motivación” (Medina, 2017, p. 52).
- ✓ “Empatizar con los sentimientos del niño” (Medina, 2017, p. 52).
- ✓ “Facilitar y promover situaciones de actividad física al aire libre” (Medina, 2017, p. 52).
- ✓ “Involucrar al niño en actividades de grupo, evitando los juegos competitivos” (Medina, 2017, p. 52).
- ✓ “Tener en cuenta los esfuerzos y recompensar con refuerzos positivos” (Medina, 2017, p. 52).
- ✓ “Encomendar al niño responsabilidades del hogar, con las que pueda sentirse útil” (Medina, 2017, p. 52).
- ✓ “Los niños con TDAH necesitan de mucho contacto físico, es vital que los padres se muestren cercanos” (Medina, 2017, p. 53).
- ✓ “Buscar los refuerzos positivos adecuados al niño” (Medina, 2017, p. 53).
- ✓ “Programar con el niño una rutina diaria estable” (Medina, 2017, p. 53).
- ✓ “Buena organización del espacio, el niño ha de saber dónde están sus cosas” (Medina, 2017, p. 53).
- ✓ “Establecer normas y límites, incluso en los tiempos de ocio” (Medina, 2017, p. 53).
- ✓ “Los niños con TDAH viven en el presente” (Medina, 2017, p. 53).

- ✓ “No forzarle a situaciones de mucha concentración cuando el niño está nervioso, frustrado o estresado, es mejor esperar y hacerlo en un clima calmado” (Medina, 2017, p. 53).
- ✓ “Los niños suelen imitar conductas que ven en sus padres, por eso es adecuado mantener un orden en el hogar, con un ambiente relajado, evitando comunicarse o regañar con gritos y las prisas” (Medina, 2017, p. 53).
- ✓ “La forma de educar debe ser un acuerdo entre ambos padres” (Medina, 2017, p. 53).
- ✓ “El yoga es una actividad muy beneficiosa para los niños con TDAH, y mejor aún si cabe la posibilidad de practicarlo en familia” (Medina, 2017, p. 53).

CONCLUSIONES

PRIMERO: EL TDAH en niños puede durar años, requiere un diagnóstico su diagnóstico consta de varios pasos, dado que suele compartir síntomas con otras enfermedades, tales como la depresión y la ansiedad, el TDAH es un trastorno de conducta en la que el niño no puede concentrarse y divaga mucho, puede tener un origen externo (como la sobreestimación) o interno (como la sobresaturación del azúcar)

SEGUNDO: Uno de los síntomas más comunes del trastorno es la hiperactividad, su concentración suele ser baja, se aburren con facilidad y suelen ser impulsivos

TERCERO: El TDAH se puede tratar psicológicamente y con medicamentos, el tratamiento psicológico es determinado por las necesidades del niño, puede ser una terapia cognitiva o conductual

REFERENCIAS CITADAS

- Cobo. (s.f.). *El Tdah*. Obtenido de Fundacion cadah: <https://www.fundacioncadah.org/web/printPDF.php?idweb=1&account=j289eghd7511986&contenido=caracteristicas-positivas-en-el-tdah>
- Fundacion Belen. (2014). *Déficit de atención, origen y causas*. Obtenido de Fundacion belen: <https://fundacionbelen.org/blog/2014/08/23/deficit-atencion-origen-causas/>
- Fundacion cadah. (s.f.). *Definición y características TDAH según el DSM-IV*. Obtenido de Fundacion cadah: <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/definicion-y-caracteristicas-del-tdah-dsm-iv.html>
- Hidalgo, M., & Sanchez, L. (s.f.). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. manifestaciones clinicas y evolucion. Diagnostico desde la evidencia científica* . Madrid: Centro de Salud Barrio del Pilar.
- Medina, R. (2017). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: una propuesta de intervención psicopedagógica en educación infantil*. Palencia: Universidad de Valladolid.

INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA EN NIÑOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	uvadoc.uva.es Fuente de Internet	11%
2	Submitted to Universidad Internacional de la Rioja Trabajo del estudiante	<1%
3	www.fundacioncadah.org Fuente de Internet	<1%
4	Submitted to BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA BIBLIOTECA Trabajo del estudiante	<1%
5	creativecommons.org Fuente de Internet	<1%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 15 words

Excluir bibliografía

Activo