

**“Aportes de la Psicopedagogía al  
trabajo docente con alumnos con  
Trastorno por Déficit de Atención  
con Hiperactividad”**

**Estudiante:** Larroza, Agustina Gabriela

**Legajo:** 33716

**Director:** Lic. Garcés, Rosa

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Licenciatura en Psicopedagogía.



## ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| RESUMEN.....                                      | 3  |
| DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO.....           | 4  |
| Definición del problema.....                      | 5  |
| Objetivos e Hipótesis.....                        | 7  |
| FUNDAMENTACIÓN.....                               | 8  |
| ESTADO DEL ARTE.....                              | 11 |
| MARCO TEÓRICO.....                                | 18 |
| MÉTODO.....                                       | 40 |
| SÍNTESIS Y CONCLUSIONES.....                      | 41 |
| APORTES Y CONTRIBUCIONES DE LA INVESTIGACIÓN..... | 45 |
| LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....             | 47 |
| PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN.....                   | 48 |
| REFERENCIAS.....                                  | 59 |
| ANEXO.....  | 72 |

## **Aportes de la Psicopedagogía al trabajo docente con alumnos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad**

### **RESUMEN**

El presente trabajo de investigación se origina con el fin de investigar las herramientas que ofrece el campo de la Psicopedagogía en relación al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), orientadas a los docentes de nivel primario, teniendo en cuenta que dicho trastorno incide en el aprendizaje académico y social del niño.

Así mismo, se analizará desde una mirada Psicopedagógica los modos en que los docentes abordan dicha problemática en las aulas de nivel primario.

Se definirá el TDAH realizando un recorrido histórico sobre su conceptualización, y a modo de cierre se presentarán propuestas de intervención pertinentes para trabajar con niños que presentes este trastorno en el ámbito educativo.

Para ello, se realizará una investigación teórica, a través de la revisión bibliográfica pertinente.

**Palabras claves:** Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Psicopedagogía, escuela primaria, estrategias de intervención.

## **DELIMITACIÓN DEL OBJETO DEL ESTUDIO**

El presente estudio está enmarcado en una investigación de corte teórico conceptual, su análisis se llevará a cabo mediante estudios de revisión. Según su alcance será un estudio descriptivo (Sampieri, 2014), ya que se busca conocer cuáles son las herramientas que la Psicopedagogía ofrece a docentes de nivel primario para trabajar en el aula con niños que presentan Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Esto reflejará la realidad académica que atraviesan los niños que presentan la mencionada patología durante su trayectoria escolar, específicamente durante el nivel primario.

A través de la revisión teórica pertinente, el trabajo apunta a conocer acerca de los aportes que los Psicopedagogos ofrecen a la hora de trabajar con niños que padecen dicho trastorno. Por lo tanto, a través de la exploración de documentos, publicaciones, artículos e investigaciones, este trabajo beneficiará tanto a niños con TDAH, como así también a sus padres y a docentes encargados de sus aprendizajes diarios escolares.

## PLANTEO DEL PROBLEMA

En ocasiones podemos tener dificultades en permanecer sentados, prestar atención o controlar nuestros impulsos, sin embargo, algunas personas tienen problemas persistentes en estas áreas e interfieren negativamente en su vida hogareña, escolar, social y emocional (Scandar,2010).

Siguiendo a Scandar (2010), define al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) como un trastorno neurobiológico innato y con una carga genética importante que afecta de forma variada y persistente la vida de quienes lo padecen. Los síntomas primarios se concentran en torno del rendimiento atencional: deja incompleta sus tareas, comete errores por descuidos, se distrae con facilidad, el nivel de actividad: no se queda quieto en su silla, está continuamente haciendo algo con las manos, habla sin parar y el control de los impulsos: contesta antes que se haya terminado de hablar, interrumpe en las conversaciones, no puede esperar su turno.

Se estima que entre un 3% y un 5% de los niños en edad escolar lo padecen, y es la afección psiquiátrica estable y de inicio en la infancia de mayor prevalencia (Brown, 2000).

Respecto a si el trastorno afecta a ambos géneros por igual, estudios demuestran que las niñas y los niños con TDAH comparten las características típicas del trastorno (inatención, impulsividad/hiperactividad), tasas altas de fracaso escolar, comorbilidad con trastornos del humor y de ansiedad (Barkley, 1989).

Por otro lado, los síntomas de agresividad, así como la comorbilidad con el trastorno disocial (TD) son menos prevalentes en la población femenina (Faraone, Biederman, Keenan & Tsuan, 1991).

Es un requisito básico que los síntomas se hayan presentado antes de los 7 años y el límite se eleva hasta la edad de 9 años. En la medida en que el niño tiene que afrontar las exigencias de estructura(orden, disciplina) que impone la escuela, las dificultades van adquiriendo cada vez mayor dimensión y pueden establecerse círculos viciosos, especialmente, cuando el factor hiperactividad-impulsividad tiene un peso significativo en los síntomas. En el caso de los niños con predominio de problemas atencionales el círculo vicioso es diferente, ya que al no presentar comportamiento perturbador el medio social actúa en forma permisiva, es decir que lo ignora, favoreciendo su aislamiento y disminuyendo los beneficios posibles de un diagnóstico precoz. (Scandar, 2010).

Los síntomas del TDAH se listan siempre como una triada diagnóstica: desatención, hiperactividad e impulsividad. Sin embargo el trastorno es bifactorial, los síntomas indicativos de desatención pueden darse separados de los de hiperactividad e impulsividad, pero no es posible separar la hiperactividad de la impulsividad en este cuadro clínico. Aunque la intensidad y la forma de los síntomas pueden variar, provocando desajustes leves, moderados o incluso, severos, este nivel de prevalencia impone a los docentes conocer las manifestaciones del trastorno, sus diferentes formas de presentación y las intervenciones básicas que pueden implementar en el aula (Scandar, 2010).

A raíz de lo mencionado, se da lugar a la siguiente pregunta: ¿Qué herramientas ofrece el campo de la Psicopedagogía, a los docentes de nivel primario, para acompañar a niños que presentan trastornos por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)?

## OBJETIVOS

### Objetivo general:

➤ Describir las herramientas que son ofrecidas desde el campo de la Psicopedagogía a los docentes de nivel primario para acompañar a niños que presentan TDAH.

### Objetivos específicos:

➤ Obtener información acerca de cómo se trabaja con los niños con TDAH en las aulas.

➤ Valorar la opinión de los especialistas al momento de acompañar la trayectoria escolar de niños con dicho trastorno.

## HIPÓTESIS

➤ Se espera que la aplicación de herramientas Psicopedagógicas contribuya significativamente a mejorar la inclusión y el rendimiento académico de los alumnos con TDAH en el nivel primario, al proporcionar estrategias efectivas para la atención y el acompañamiento personalizado dentro del aula.

## FUNDAMENTACIÓN

Desde la mirada de la Psiquiatría, la Asociación Americana de Psiquiatría APA (2000) considera que el TDAH es un trastorno neurobiológico, y que su característica principal es la presencia de un patrón persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad, las mismas pueden ser observadas usualmente y de forma más severa en otros niños con la misma edad e igual nivel de desarrollo. Así mismo, esta asociación afirma que, estas manifestaciones se deben presentar, por lo menos en dos ambientes diferentes: en la escuela y en la casa. Además, consideran que el diagnóstico de TDAH, sólo debe hacerse si el síndrome está interfiriendo visiblemente con el desarrollo social, académico, ocupacional o recreativo del niño.

Por otra parte, dicha asociación especifica que estos síntomas son ocasionados por causas neurobiológicas, es decir, por una deficiencia en el control inhibitorio de las conductas y en la organización de las actividades cognitivas que requieren planeación y esfuerzo. Considerándolo, al mismo tiempo, como un síndrome heterogéneo y de etiología multifactorial, según las diferencias de cada sexo, en relación a los procesos de socialización y a los roles asignados.

Consideramos que la hiperactividad es manifestada por un abusivo movimiento del cuerpo, como levantarse en todo momento, especialmente cuando se necesita que esté sentado, como correr o saltar en situaciones inesperadas. Esta inquietud, es representada por medio del habla en exceso, la incapacidad para guardar turno, la dificultad para jugar o llevar a cabo tareas de óseo, así como interponerse en situaciones ajenas (Borrego H. 2003).

Dicho trastorno, presenta una amplia dificultad en el aprendizaje escolar y en las relaciones sociales del niño. Esto podría generar un conflicto dentro de la institución escolar, por medio del desconocimiento de algunos docentes sobre dicha patología, en relación al



aprendizaje y sus influencias sobre el mismo, al medio socio-familiar y al escaso manejo del trastorno dentro del aula (Scandar, 2010).

La distractibilidad puede reflejar no una alteración a la hora de filtrar información no deseada, sino una búsqueda activa de más estímulos cuando la actividad que requiere atención resulta aburrida (Zentall y Meyer, 1987).

Los niños que no prestan atención experimentan dificultades para procesar el trabajo que se lleva a cabo en el aula. No pueden terminar las tareas que tienen un objetivo concreto sin la intervención frecuente de una persona que los supervise. Estos niños dedican menos atención a la tarea y pasan más tiempo fuera de su sitio que los niños con habilidades atencionales normales. Suelen exigir un mayor grado de atención por parte del profesor (llamándole con más frecuencia o preguntando acerca de lo que han entendido) (Waslick y Greenhill, 2006).

Por lo tanto, se podría decir que, si al niño le cuesta rendir y concentrarse en clase, la cual está atravesada por las relaciones del niño con sus compañeros, y la aceptación de ellos dependerá de la buena o mala relación adquirida, esto será consecuente a la sintomatología que va teniendo en el desarrollo de su personalidad (Zuluaga Valencia, 2007).

Aumentar el conocimiento sobre TDAH que tienen los maestros llevaría consigo un efecto positivo para los alumnos implicados, y también para los profesionales que trabajan con ellos. Además de conocer más sobre el trastorno, los profesionales de la educación deberían enfocar sus esfuerzos en dar respuesta a los problemas que surgen cotidianamente en las aulas (Domínguez, 2017).

Por ello la educación y sus profesionales deben atender las necesidades de estos alumnos y conocer los métodos y las formas de trabajo más adecuadas. El docente que

comprende el TDAH, es decir, conoce sus características, comportamientos y reacciones de los afectados, actúa facilitando, en la medida de lo posible, el proceso de enseñanza-aprendizaje y favorece la mejora en la relación del afectado con los que le rodean (Domínguez, 2017).

Debido a lo expuesto anteriormente, es de sumo interés averiguar las herramientas que puede ofrecer el campo de la Psicopedagogía a aquellos docentes de nivel primario, que poseen dentro del aula niños con esta dificultad. Para lo cual se ha llevado a cabo una investigación teórica (Sampieri, 2014) a través de la revisión bibliográfica correspondiente, describiendo los aportes desde el área mencionada.

## ESTADO DEL ARTE

En el artículo “El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica” (Navarro y García, 2010), los autores coinciden que el TDAH es un trastorno del desarrollo y su sintomatología es variante y persistente en el tiempo.

**Tabla 1. Síntesis de evolución histórica.**

| AÑO                                   | AUTOR                      | REFERENCIA  |
|---------------------------------------|----------------------------|---|
| <b>PRIMERAS EXPLICACIONES MÉDICAS</b> |                            |   |
| 1902                                  | Still                      | Defecto del control moral.  |
| 1908                                  | Tredgold                   | Enfermedad neuropatía.  |
| 1909                                  | Dupré                      | Manifestación de un desequilibrio motor congénito.                        |
| 1922                                  | Hoffman                    | Secuelas de la encefalitis letárgica.                                     |
| 1936                                  | Blau                       | Lesiones en el lóbulo frontal.  |
| 1938                                  | Levin                      | Lesiones en el lóbulo frontal.  |
| 1957                                  | Laufer, Denhoff y Solomons | Déficit en el área talámica del SNC.                                      |
| <b>TRASTORNO HIPERCINÉTICO</b>        |                            |   |
| 1867                                  | Maudsley                   | Perturbaciones conductuales.  |
| 1877                                  | Ireland                    | Perturbaciones conductuales.  |
| 1897                                  | Bourneville                | Inquietud psicomotora, inatención, indisciplina, desobediencia.           |
| 1899                                  | Clouston                   | Perturbaciones conductuales.  |
| 1901                                  | Demoor                     | Corea mental.   |
| 1905                                  | Boncour                    | Escolar inestable.  |
| 1913                                  | Durot                      | Pionero en diferenciar síntoma y síndrome.                                |
| 1914                                  | Heuyer                     | La hiperactividad como síndrome.  |
| 1923                                  | Vermeylen                  | Pionero en introducir variables de tipo neurocognitivo.                   |
| 1930                                  | Kramer y Pollnow           | Trastorno Hiperkinético.  |
| 1934                                  | Kahn y Cohen               | Síndrome de impulsividad orgánica.  |
| 1975                                  | CIE-9                      | Trastorno Hiperkinético de la infancia.                                   |
| 1980                                  | DSM-III                    | Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad.               |
| 1987                                  | DSM-III-TR                 | Déficit de Atención con Hiperactividad.                                   |
| 1992                                  | CIE-10                     | Trastorno de la Actividad y de la Atención (en trastornos Hiperkinético). |
| 1994/2000                             | DSM-IV                     | TDAH.   |
| 2013                                  | DSM-V                      | TDAH.   |

(Navarro y García, 2010).

El objetivo de este estudio fue demostrar que el origen del déficit de atención e hiperactividad es debido a factores neurobiológicos y no psicosociales, aunque durante el desarrollo del niño ambos estén relacionados (Navarro y García, 2010).

Otro estudio es el realizado por Crivalo (2017), “TDAH. De problemas de conductas a problemas de aprendizaje”, el fin fue investigar acerca de cómo un diagnóstico que conlleve medicación psiquiátrica influye en el proceso de aprendizaje de niños de 6 a 12 años. Se realizó en dos escuelas públicas de La Plata. Su objetivo fue conocer los principales retos para

diagnosticarlo con precisión, considerando que hoy en día se observan múltiples diagnósticos de TDHA incluso dentro de una misma aula.

Se llegó a la conclusión de que el diagnóstico lo haga un profesional formado, con una evaluación neuropsicológica que incluya test, entrevistas, observación y pruebas de biofeedback para observar el movimiento y las conductas asociadas.

Por su parte, Orús, Latorre y Vázquez (2017), en su estudio “Habilidades sociales de niños con déficits atencionales y contextos escolares inclusivos”, los niños con TDAH presentan necesidades en el área curricular y el deseo de ser incluidos en un grupo de iguales, ya que se evidencia aislamiento social, por ello se busca implementar intervenciones complementarias que tengan como finalidad la modificación de las actitudes de rechazo de los iguales hacia estos niños.

Se implementó el modelo MOSAIC en un grupo escolar, el cual consiste en instruir a los docentes para que orienten a los niños en la adopción de una perspectiva inclusiva y acogedora hacia sus compañeros con TDAH. Las observaciones, el tipo de respuesta, los comentarios y feedback que proporciona el docente son la clave para la modificación de las percepciones negativas, logrando la inclusión social y la organización de actividades que faciliten los vínculos sociales positivos. Se concluyó su eficacia para reducir comportamientos disruptivos de los niños con TDAH, potenciar las interacciones sociales y reforzar capacidades cognitivas.

Un estudio de referencia, es el de Bello Pinzón y Duque Carvajalino (2018), “Aportes pedagógicos para la atención educativa de estudiantes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la primera infancia”, tuvo como propósito caracterizar las experiencias pedagógicas de estudiantes con TDAH, compañeros de clase y familias, para identificar los factores que inciden en el proceso educativo vinculando el contexto familiar con el escolar. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas con preguntas abiertas, con los resultados, se proponen

alternativas pedagógicas en la atención de estudiantes con TDAH, dirigidas a docentes y familias. Se determinó la importancia de implementar estrategias pedagógicas con el fin de mantener la atención y motivación, adecuar el diseño de proyectos educativos, y hacer uso de los recursos tecnológicos, y generar actividades acordes a sus necesidades, ya que ante la frustración suelen tener poco autocontrol de sus emociones, pasando de un estado de ánimo tranquilo a la exaltación, algunos casos, con manifestaciones de agresividad hacia sus pares o consigo mismos. Entre las conclusiones se evidencia la necesidad de establecer pautas y herramientas pedagógicas que permitan un proceso de enseñanza de mayor calidad para los niños con TDAH.

Miranda Padilla, Barrios Cuartas, Duque Henao, Burgos Arroyo y Salazar Flórez (2018), en “Conocimientos sobre TDAH de los docentes de primaria de colegios públicos de Sabaneta, Antioquia”, Colombia, describen los conocimientos de los docentes de primaria sobre el TDAH, mediante entrevistas sobre información general, síntomas/diagnóstico y tratamiento, además del auto eficiencia percibida.

Se realizó un estudio descriptivo transversal de tipo poblacional, participaron 62 docentes de escuelas públicas de Sabaneta. Los maestros fueron evaluados mediante la adaptación española de la Knowledge of Attention Déficit Hyperactivity Disorder (KADDS), una escala de estimación compuesta por 36 ítems de 3 alternativas de respuesta (verdadero, falso y no sé).

En la sub escala de síntomas/diagnóstico tuvieron más aciertos, con un 69,35%, seguida de la sub escala de tratamiento (45,30%) y la de información general (38,60%).

Según estos datos, se ratifica la necesidad de realizar intervenciones en este tema, para que esto se vea reflejado en nuevas técnicas de enseñanza que faciliten el aprendizaje y el desarrollo de los niños que padecen el trastorno.

Otra investigación es “Correlación entre los niveles de ansiedad en padres de niños con diagnóstico de ansiedad y TDAH, de acuerdo al subtipo clínico”, realizado por Zambrano-Sánchez, Martínez-Cortés, Sánchez-Cortés, Dehesa-Moreno, Vázquez-Urban, Sánchez-Aparicio y Alfaro-Rodríguez (2018), en Tlalplan, Ciudad de México. El objetivo fue abordar el estudio de la ansiedad en los padres de niños con TDAH, no analizada como causa de la conducta del niño, sino como factor de contexto. Se ha observado que algunos padres inciden en el manejo del trastorno, pudiendo incentivar la aparición de algunas conductas disfuncionales. Para ello, se evaluaron 302 niños de 7 a 12 años de edad cronológica; se formó el grupo control con niños asintomáticos de la misma edad y escuela que no cumplieron con los criterios del DSM -V para TDAH.

Se clasificaron en 3 subtipos; combinado (-C), con predominio de la inatención (-I) y con predominio de hiperactividad-impulsividad (-H). Los padres que conformaron la muestra, fueron evaluados por psiquiatría a través de entrevista y la aplicación de la Escala de Ansiedad de Hamilton. Se evaluó la ansiedad manifiesta en los niños a través del cuestionario CMAS-R 9-10, subtítulo “Lo que pienso y siento”, diseñado para valorar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad.

Reflejando que los cuadros clínicos de ansiedad más frecuentes fueron los trastornos por ansiedad generalizada, ansiedad de separación, fobia simple y fobia social. Confirmando que la ansiedad de padres con niños con TDAH se encontraba relacionado a un incremento en Impertinencia Parental, Disciplina Negativa y Angustia Social Parental, y se relacionaba a una reducción en Cariño Parental y Participación Positiva.

Así, se identificó el incremento en los niveles de ansiedad de estos padres como un factor importante que contribuye a la baja calidad de la vida de la familia. Estos niños pueden mostrar deficiencias en los factores Vida Familiar, Relacional y Rendimientos. Sus características como

la desobediencia, la impulsividad y las fluctuaciones en su comportamiento generan ansiedad en sus padres; concluyendo que se puede ayudar a prevenir la depresión en un niño con TDAH haciendo intervenciones oportunas desde el diagnóstico.

Por otra parte, Palomo, Díaz Zabala, Grosso y Murillo (2019) en “Estrategias más favorables en niños con TDAH del jardín infantil el refugio de Heidi”, de Bogotá, pretenden generar alternativas de inclusión, para aprovechar las herramientas pedagógicas y psicológicas para atender a un niño de 6 años diagnosticado con TDAH.

Con un análisis documental, observaciones registradas en diario de campo y entrevistas estructuradas a una muestra de 20 adultos (padres, maestros, terapeutas, y pacientes con TDAH), determinaron estrategias y crearon una cartilla que incluye técnicas basadas en la teoría del aprendizaje social, a la luz de la terapia del comportamiento, que beneficie a quienes lo padecen y a los adultos implicados. Dicha cartilla estuvo acompañada de talleres de orientación a padres.

Algunas de esas estrategias son: trabajo en equipo entre padres, maestros y terapeutas, implementar un efectivo sistema de comunicación, elaboración y seguimiento de rutinas preestablecidas, reglas claras, concisas y persistentes en casa y en colegio. Además, actividades lúdicas, recreativas, de atención; y presentaciones sociales.

Un trabajo importante sobre la temática es el de Rusca – Jordán y Cortez Vergara (2020) quienes abordan la cuestión de ¿quién debe diagnosticar el trastorno? dado que el núcleo central del trastorno se entiende que es de naturaleza neurobiológica, su diagnóstico clínico, corresponde a los servicios sanitarios, con la responsabilidad de hacer un diagnóstico temprano y diferencial de otros posibles problemas neurológicos y psiquiátricos.

Sin embargo, y, dado que lo biológico interacciona con factores ambientales y que es un estado permanente que afecta al desarrollo personal, escolar y social; su presencia se evidenciará

en el contexto familiar y escolar, y más aún en el segundo, la detección se hará en la mayoría de los casos, desde los equipos de Orientación de las escuelas, con el profesional y la colaboración de la familia. El diagnóstico es clínico y requiere de un examen cuidadoso de entrevistas exhaustivas a los padres o cuidadores y profesores además de la entrevista al niño en la medida de lo posible (Rusca – Jordán y Cortez Vergara, 2020).

En la investigación “Educación emocional y su incidencia en el aprendizaje de Ciencias Naturales en niños con TDAH”, (Valverde Peralta, Almeida Monge, Sumba Bautista y Jiménez Vilema, 2020) realizada en la Universidad Estatal de Milagro, Ecuador, tuvo como objetivo mostrar un análisis de la relación que existe entre la educación emocional en el aprendizaje de las ciencias naturales en los alumnos con TDAH, evaluando el factor emocional, como el pilar para un óptimo aprendizaje y así buscar estrategias para implementar y mejorar el rendimiento académico.

Se realizó en aulas de escuelas públicas, con una muestra de 50 niños con TDAH. Se aplicó el cuestionario TMMS-24, que consta de 24 ítems, con alternativas múltiples, para medir sus emociones en relación a las calificaciones y los registros de notas para verificar su aprendizaje en la asignatura. Con un análisis estadístico del SPSS V.25 y de la técnica de correlación de Pearson se encontró una relación significativa entre los factores emocionales y el desarrollo del aprendizaje en la asignatura de ciencias naturales. Con estos resultados se observa que las emociones vinculadas a la educación son un motor que incentiva la enseñanza y en el caso de las ciencias naturales existe una mayor respuesta por parte de los alumnos.

Es importante establecer pautas de mejora en atención a las necesidades detectadas y de esta forma subsanar las deficiencias y que el curso de evolución de su educación mejore. De esta forma su atención en general se mantiene a la expectativa de los nuevos conocimientos y de la forma de transmitirlos; para el diseño de este programa, se debe incluir otros profesionales, que,



desde la óptica psicológica, contribuyen al correcto establecimiento de las estrategias para los niños ya que su punto de especialización está dirigido a las emociones que ellos sientan.

Otro estudio es el de Jiménez Rodríguez (2021), “Desarrollo de la comprensión lectora en niños con TDAH a través de las TIC”, llevado a cabo en El Centro de Educación Infantil y Primaria Sánchez Arjona, en Paterna del Campo, España. Esta propuesta de intervención destinada a trabajar la competencia digital se implementó a alumnos de primer ciclo de Educación Primaria, entre 6 y 8 años con diagnóstico de TDAH. Su objetivo radica en estimular, desarrollar y mejorar la comprensión lectora en niños con TDAH a través de las TIC.

Las competencias que se trabajan en esta propuesta son: autonomía e iniciativa personal y social, comunicación, conocimiento e interacción con el mundo, aprender a aprender y competencia digital. La metodología es mediante juegos lúdicos a través de las TIC, el alumno es el protagonista de las actividades. Esta metodología es lúdica y ramificada, innovadora y motivadora para atraer la atención de los alumnos con TDAH, ya que se adaptan a sus necesidades y características.

Los resultados arrojaron que el uso de las tecnologías, hacen que los niños estén más motivados para aprender, ya que se convierten en los protagonistas y, sin darse cuenta, a través del juego, el aprendizaje es mucho más efectivo ya que estas tecnologías promueven el aprendizaje grupal y el pensamiento crítico de los alumnos, respetando los ritmos de aprendizaje de cada uno de ellos.

## MARCO TEÓRICO

### ¿QUÉ ES EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD?

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un trastorno neurobiológico que se caracteriza por una dificultad para mantener la atención voluntaria hacia diferentes actividades, tanto del ámbito académico como personal, social y laboral (American Psychiatric Association, 2002).

Desde la perspectiva neurológica, se trata de un trastorno crónico, evolutivo y con una gran carga genética. Actualmente no se han determinado las causas precisas sobre su origen, pero existen evidencias de que se relaciona con un desorden fisiológico en los neurotransmisores causando un desequilibrio químico en el cerebro. Están afectados especialmente la dopamina y la noradrenalina, relacionadas con el control del aprendizaje, la autorregulación de la conducta y la autorregulación de las emociones (Navarro y García, 2010).

La CIE – 11 (2018) incluye el TDAH dentro de los trastornos del neurodesarrollo, definiéndolo como trastorno cognitivo y del comportamiento que surgen durante el periodo del desarrollo e implican dificultades significativas en la adquisición y ejecución de funciones intelectuales, motoras y sociales específicas.

Según el DSM – V (2013), el TDAH es un trastorno neurobiológico y del neurodesarrollo que se diagnostica en la infancia, aunque persiste en la vida adulta, se caracteriza por presentar síntomas de hiperactividad, impulsividad y dificultades de atención,

Se observa que, entre ambos manuales, CIE – 11 y el DSM – V, se encuentra mucha similitud en el concepto, clasificado en ambos como un trastorno del neurodesarrollo.

Navarro y García (2010), reconocen los síntomas bajo el nombre de “triada sintomatológica”, entre ellos se encuentra: Déficit de atención, apareciendo en torno a los 5-7 años, Hiperactividad, que se identifica a partir de los 3 años e Impulsividad.

## **CARACTERÍSTICAS**

Según Fiuza y Fernández (2013), es importante que los docentes conozcan que es el TDAH y las características que este trastorno presenta para que tenga una visión distinta del problema.

Marco, Grau y Presentación (2011) destacan que las manifestaciones del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en la etapa de Educación Primaria originan un retraso y deterioro en: la maduración de funciones ejecutivas, el desarrollo de las habilidades de comunicación, el desarrollo motor y el desarrollo socioemocional.

Características que presentan los niños/as con TDAH según el síntoma predominante (Fiuza y Fernández, 2013)

- Dificultades de atención:

Presentan dificultad para ordenar sus tareas y para mantener la atención hasta finalizarlas. Se distrae con estímulos irrelevantes tendiendo a abandonar una actividad por otra al poco rato de haberla empezado. Pierde u olvida cosas necesarias, como así también sus obligaciones cotidianas. Además, parece no escuchar cuando se le habla, muestran dificultad para seguir la conversación, un juego u obedecer. Además, evitan tareas que requieren esfuerzo mental sostenido observándose dificultades para seleccionar la información importante.

- Impulsividad:

Tienen dificultad para pensar antes de actuar, suelen responder a las preguntas antes de que se la hayan acabado de formular. Es poco previsor, le falta planificación, dice cosas en momentos

pocos oportunos. Presentan dificultad para controlar sus emociones y pensamientos, teniendo reacciones de ira/rabia ante pequeñas frustraciones o situaciones que percibe como amenaza, además, dificultades para esperar turnos en juegos. Asimismo, se muestra impaciente, con dificultades para aplicar la gratificación inmediata.

- **Hiperactividad:**

Realiza movimientos frecuentes de pies y manos, moviéndose con frecuencia de su asiento. Se levanta en situaciones en las que debería estar sentado/a. Le cuesta entretenerse o dedicarse a actividades tranquilas ya que prefiere los juegos o actividades movidas. Va de un lugar a otro sin un motivo aparente, y a veces corre o salta en situaciones poco apropiadas.

Además de estas tres características se pueden encontrar otras menos específicas, pero que no por ello son menos importantes:

- **Dificultad para las relaciones:**

Los niños con este diagnóstico suelen tener problemas en las relaciones sociales y pueden quedar aislados del grupo de iguales (Marsellach, 2005).

Las alteraciones de conducta tienen como consecuencia problemas de integración social. Debido a los problemas de inatención y comportamiento impulsivo, cometen fallos frecuentes y pueden recibir retroalimentación negativa de padres, maestros y compañeros (Milich, Loney y Landau, 1982).

- **Bajo rendimiento escolar:**

Moreno (1999) destacó que las dificultades de aprendizaje en aquellos niños/as que padecen TDAH, se concentran en aspectos perceptivos-cognitivos, como son: dificultades en la memoria secuencial, déficit en actividades psicomotrices finas y gruesas, retrasos en el lenguaje, problemas

para captar la información sensorial, organizarla, procesarla y posteriormente expresarla. Todo esto produce limitaciones para resolver con éxito tareas que exigen manejar conceptos e ideas abstractas.

- Baja autoestima:

El déficit de autoestima, la inestabilidad y labilidad emocional tienen su explicación, en parte, en los conflictos continuos con el medio social y en sus experiencias de fracaso (López-Soler y Romero, 2013).

Los niños que sufren TDAH consideran que son el objeto de críticas y quejas de los demás sin saber muy bien la razón; piensan que no gustan a los demás y no saben qué hacer para resolver la situación; por ello su autoestima y auto eficacia son muy bajas (López-Soler y Martínez, 1999).

- Problemas de comportamiento:

Moreno (1999) considera que es frecuente que los problemas conductuales acompañen a la hiperactividad: el 80% de los niños/as que presentan TDAH presentan a su vez trastornos de conductas. Estas dificultades aparecen en el colegio: emiten sonidos desagradables y perturbadores, inician peleas, hablan sin permiso del profesor, etc.

## **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS**

A continuación, se muestran los criterios establecidos en el DSM 5 (APA, 2013) para diagnosticar TDAH.

**A-** “Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o 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:

NOTA: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender las tareas o instrucciones. A partir de los 17 años de edad, se requiere un mínimo de 5 síntomas.

a) Con frecuencia falla en prestar atención a los detalles o por descuido cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo u otras actividades (por ejemplo, se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).

b) Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (por ejemplo, tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones).

c) Con frecuencia no escucha cuando se le habla (parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).

d) Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares o los quehaceres (por ejemplo, inicia tareas, pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).

e) Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo).

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 o completar formularios).

g) Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, llaves, papeles de trabajo, entre otras).

h) Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).

i) Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

## **2. Hiperactividad e Impulsividad**

Seis (o más) de los siguientes síntomas se mantienen al menos 6 meses en un grado que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

NOTA: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender las tareas o instrucciones. A partir de los 17 años de edad, se requiere un mínimo de 5 síntomas.

a) Con frecuencia juguetea o golpea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento.

b) Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (se levanta en clase, en el lugar de trabajo, en situaciones que requieren mantenerse en su lugar).

c) Corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.

d) Es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.

e) Con frecuencia está “ocupado”, actuando como si “lo impulsara un motor” (por ejemplo, se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones).

f) Con frecuencia habla excesivamente.

g) Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).

h) Con frecuencia le es difícil esperar su turno (mientras espera una cola).

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

**B-** Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

**C-** Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (en casa, en el colegio o el trabajo; en otras actividades).

**D-** Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

**E-** Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).”

### **Criterios diagnósticos del TDAH, CIE-11 (2018)**

A continuación, se muestran los criterios diagnósticos según el CIE-11 (Clasificación internacional de enfermedades).

- **INATENCIÓN/ DÉFICIT DE ATENCIÓN**

Dificultad para prestar atención a tareas que no proveen alto nivel de estimulación o recompensa inmediata y que requieren un esfuerzo mental sostenido; poca atención a los



detalles; cometer errores por descuido en las tareas o trabajos escolares; no completar las tareas asignadas.

Fácil distractibilidad por estímulos o pensamientos no relacionados con la tarea; parecen no escuchar cuando se les habla directamente; usualmente se observan ensoñadores o con su mente divagando.

Pérdida de objetos útiles; olvidadizo para las tareas diarias; dificultad para recordar los pasos a seguir para completar una tarea; dificultad en la planificación y organización de las tareas escolares, trabajos u otras tareas.

La inatención puede no ser evidente cuando el individuo está enganchado en tareas que proveen estimulación intensa y frecuentes recompensas.

- **HIPERACTIVIDAD-IMPULSIVIDAD**

Actividad motriz excesiva; abandona su asiento cuando se espera que permanezca en el mismo; usualmente corre; dificultad para mantenerse sentado sin inquietarse (niños) o sensación de inquietud física, incomodidad al tener que permanecer quieto (adolescentes y adultos).

Dificultad para involucrarse en actividades tranquilamente; habla mucho.

Se apresura a dar respuestas o comentarios; dificultad para esperar su turno en conversaciones, juegos o en otras actividades; interrumpe o se entromete en las conversaciones o juegos de los demás.

Tendencia a responder inmediatamente sin detenerse a considerar riesgos o consecuencias (actividades con riesgo de daño físico, decisiones impulsivas, conducción temeraria).

Entre CIE-11 y DSM-5 existe mucha similitud en la conceptualización y caracterización del TDAH, esto es muy beneficioso en cuanto conduce al mejor entendimiento en la terminología y en la definición, algo que redundará en diagnósticos precisos y mayor beneficio para el paciente. En cualquiera de los dos sistemas (DSM-5 o CIE-11) se utiliza el mismo acrónimo: TDAH.

No se exige el cumplimiento de un determinado número de criterios dentro de este listado o descripción de conductas observables. La novedad que se presenta dentro de CIE-11 es que aparecen criterios aplicables para adolescentes y adultos, algo que no se había formulado previamente y a lo que ha contribuido la claridad del conocimiento en cuanto a la persistencia de las manifestaciones propias del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en el tiempo.

Se presenta similitud entre DSM-5 y CIE-11 en relación al TDAH, esto es beneficioso para todos dado que se homogenizan, hasta cierto punto, los criterios diagnósticos. CIE-11 va un poco más allá de la caracterización clínica del TDAH presentando los límites con la `normalidad` y con otros diagnósticos, además de mostrar un panorama evolutivo (cambios en el tiempo o manifestaciones dependiendo de la edad) así como las diferencias en cuanto al género.

## **COMORBILIDAD**

El TDAH con frecuencia presenta comorbilidad con otros trastornos (Rubia, Taylor, Smith, Oksanen, Over Meyer y Newman, 2001), y en pocas ocasiones aparece de manera aislada, ya que la mayoría de los menores que presentan TDAH en edad escolar remitidos clínicamente para su evaluación presentan al menos otro trastorno psicopatológico diagnosticable (Arnorld y Jensen, 1995).

En el siguiente cuadro (tabla 2) aparece un resumen de los trastornos comórbidos con el TDAH.

**Tabla 2. Comorbilidad del TDAH**

|   |
|---|
| <i>Muy frecuentes (más del 50%)</i>   |
| -Trastorno negativista desafiante (desobediencia y hostilidad a figuras de la autoridad, a veces a consecuencia de las frustraciones).<br>-Trastorno de la conducta (conductas inadaptadas que violan normas, reglas y los derechos de los demás. Mayor riesgo de desajuste y rechazo social. Mayor riesgo de abuso de sustancias y problemas legales).                   |
| <i>Frecuentes (hasta el 50%)</i>  |
| -Trastornos de ansiedad: por separación, fobias.<br>-Trastornos del desarrollo de la coordinación: hipotonía generalizada, torpeza en la psicomotricidad fina.<br>-Trastornos específicos del aprendizaje: problemas de lectura (dislexia), en la escritura(disgrafía), alteraciones del cálculo matemático (discalculia), del lenguaje con pocas habilidades narrativas. |
| <i>Menos frecuentes (del 20%)</i>   |
| -Trastornos de tics.<br>-Trastornos del humor.<br>-Depresión mayor y enfermedad bipolar.  |
| <i>Infrecuentes</i>   |
| -Trastorno del espectro autista (Trastornos generalizados del desarrollo).<br>-Retraso mental (CI menor de 70).   |

(Soutullo y Díez, 2007)

## CONSECUENCIAS DEL TDAH

El TDAH da lugar a ciertas consecuencias que se manifiestan en cuatro ámbitos: el personal, el familiar, el escolar y el social. Aunque las consecuencias que más nos interesan son las escolares vamos a desarrollar también las que suceden en los demás ámbitos, ya que todas están relacionadas.

En muchos de los casos el diagnóstico del TDAH se realiza cuando ya se han generado consecuencias en todos los ámbitos mencionados anteriormente. Este hecho nos señala la importancia de un diagnóstico precoz y un tratamiento correcto.

### 1. Consecuencias personales:

Al principio los niños con TDAH se muestran felices a pesar de los problemas que pueda causar en su entorno familiar y académico, pero cuando todos los problemas se agravan y el niño no

es capaz de resolverlos se generan sentimientos negativos que afectan a la autoestima y a la motivación. (Truffino, 2011).

De todas estas vivencias surgen dos actitudes: una relacionada con la inseguridad y la dependencia del adulto y otra contrapuesta que conduce a la marginación y al aislamiento. La primera se basa en la inseguridad que tiene el niño, ya que no se considera capaz de lograr los objetivos que se le plantean, por lo que busca apoyo en los adultos. La segunda actitud se basa en un proceso de aislamiento de los compañeros que no manifiestan problemas y un acercamiento a los que sí presentan sus mismas dificultades (bajo rendimiento escolar). Esto conduce a conductas desafiantes que pueden desembocar en comportamientos agresivos (Truffino, 2011).

#### 2. Consecuencias familiares:

Este tipo de consecuencias pueden ser muy variadas y dependen del entorno familiar en el que viva el niño y la manera de manejar el problema de sus familiares más cercanos. Las causas de los conflictos normalmente son debido a bajos resultados académicos, la distractibilidad y los problemas de conducta derivados de la impulsividad (Truffino, 2011).

#### 3. Consecuencias escolares:

El rendimiento escolar en sujetos con TDAH suele ser bajo debido, principalmente, al déficit de atención y a la impulsividad. El profesor tiene un valor importante en lo que respecta al alumno y su aprendizaje, ya que es fácil que se considere al alumno poco capaz de realizar las tareas, se reduzcan los apoyos y se lo castigue constantemente por alterar el ritmo habitual del aula (Truffino, 2011).

#### 4. Consecuencias sociales:

Los problemas sociales, como hemos mencionado anteriormente, pueden ser debidos al aislamiento del niño por propia voluntad, o al aislamiento por parte de los compañeros debido a su impulsividad (Truffino, 2011).

No hay que olvidar que la gravedad de estas consecuencias está supeditada al contexto cercano en el que se desarrolla el niño (familia, escuela e iguales) y al ambiente sociocultural en el que vive.

Para Lora-Espinosa (2004), los problemas académicos derivados del TDAH son:

a. En habilidades cognitivas:

- Ausencia, reducción o retraso de verbalizaciones internas o “discurso privado”.
- Dificultades para pensar antes de actuar, esperar su turno, trabajar por recompensa a largo plazo en lugar de inmediata.
- Se muestran poco hábiles a la hora de pensar alternativas para resolver problemas, resolviéndolos de manera rápida y poco reflexiva.

b. En el control de las emociones:

- Dificultades para ejercer el control sobre la intensidad de sus reacciones emocionales, son rápidamente alterables y frustrables por los acontecimientos.
- Dificultad para encontrar motivación intrínseca que le ayude a realizar tareas poco atractivas o sin recompensa inmediata.

c. En memoria:

- Su déficit de atención hace que no reciba y no almacene la información correctamente; por tanto, la recuperación es inadecuada.

d. En variabilidad temporal:

- Variabilidad en la calidad, cantidad y rapidez de su trabajo de un día a otro.

e. En variabilidad escolar:

- Aprendizajes incompletos o incorrectos de habilidades básicas para un buen rendimiento académico como la lectura comprensiva, acumulando retrasos que pueden conducir a un fracaso escolar.

## **EVALUACIÓN**

Para López-Soler y Romero (2013), existen varios instrumentos que ayudan a evaluar bastantes aspectos del TDAH. Estos se pueden clasificar en tres categorías como son: entrevistas, escalas de valoración y test psicométricos.

- Entrevistas estructuradas y semiestructuradas que detectan la presencia de diferentes alteraciones psicopatológicas. Esta es la primera herramienta para obtener información y valorar las dificultades de un niño/a. Se pueden considerar las siguientes entrevistas:
- Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes (DICA)- Diagnostic Interview for Children and Adolescents (Herjanic, Herjanic, Brown y Wheatt, 1975).
- Pautas de Entrevista para Padres (PEP) (Pelechano, 1979).
- Información Diagnóstica General (IDG) (Capafons, Sosa, Alcantud y Silvam, 1986).
- Entrevista Estructurada de Vaquerizo- Madrid (2008).
- Escalas de valoración generales para trastornos de conducta perturbador, y específicas para TDAH (Barkley, 1990).
- Escalas de valoración generales
- Inventario de Conducta Infantil de Achenbach (Achenbach's Child Behavior) (Checklist) (Achenbach, 1991).
- Inventario de Síntomas para Infancia (Child Symptom Inventories) (Gadow y Sprafkin, 1994).
- Sistema de Evaluación Conductual para Niños (Behavior Assessment System for Children) (Reynolds y Kamphans, 1992).

- Escala de Evaluación de Autocontrol (Kendall y Wilcox, 1979).
- Cuestionario de Autocontrol Infantil y Adolescentes (CACIA) (Capafons y Silva, 1998).
- Cuestionario de Problemas de Conductas para Preescolar (Miranda y Santamaría, 1996).
- Escalas de valoración específicas.
- Escalas de Padres y Profesores de Conners, revisadas (Conners Rating. Revised) (Conners, 1997).
- Cuestionario de conducta de la Escuela (CCE) (Conners, 1969).
- Cuestionario de conducta Infantil para Padres (CCI) (Conners, 1973).
- Cuestionario de Hiperactividad de Werry, Weiss y Peters (Werry, 1968).
- Listado de Síntomas del DSM-V (Cuestionario para padres y profesores) (APA, 2013).
- Cuestionario de Situaciones en la Escuela (Barkley, 1981).
- Cuestionario de Situaciones en el Hogar (Barkley, 1981).
- **Test psicométrico** generales de desarrollo y de facetas psicológicas, y específicos de atención y memoria, organización y planificación, aptitudes, déficit de aprendizaje y de otras funciones afectadas a menudo por el TDAH, como la lectura, la escritura y el cálculo (Félix, 2006). Se pueden considerar los siguientes test psicométricos:
  - Subtests de Integración Visual del ITPA (Tests de Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas) (Kirk, McCarthy y Kirk, 1986).
  - Tests de Atención Selectiva y Sostenida (TASS) (Batlle y Tomás, 1999).
  - Tarea de Atención Sostenida (Servera y Cardo, 2006).
  - Tests de Stroop (Stroop, 1935).
  - Tarea de Stop (Logan y Cowan, 1984).
  - Tarea de Memoria de Trabajo de Oraciones (Siegel y Ryan, 1989).
  - Tarea de Recuerdo Espacio-Temporal (Dubois, Fargier y Prade, 1995).

## TRATAMIENTO

Según Escofet Soterias, Fernández Fernández, Torrents Fenoy, Martín del Valle, Ros Cervera y Machado Casas (2022), como toda afección crónica, requiere de un abordaje integral, en el que el médico coordine las acciones encaminadas a mejorar la calidad de vida del paciente. Se debe coordinar la atención por parte del pediatra, del neuropsicólogo y terapeutas.

El tratamiento aceptado como más efectivo para el TDAH ha sido denominado como multimodal en base a las conclusiones de un estudio clásico (MTA) que comparó la utilidad del tratamiento farmacológico con metilfenidato con el uso de terapia cognitivo conductual y la combinación de ambos. Los resultados fueron claros a favor de la opción de tratamiento combinado.

Dentro de los tratamientos no farmacológicos se encuentra la psicoeducación y la psicoterapia, los cuales deben ser el tratamiento de elección en los menores de 6 años. Se debe realizar una intervención psicoeducativa con los padres e intervenciones psicopedagógicas en la escuela, que incluya refuerzo educativo, adaptaciones metodológicas, entrenamiento en técnicas y hábitos de estudio, fomentando la autonomía y la autoestima.

En cuanto a la psicoterapia, la que más evidencia tiene es la terapia conductual, que, junto a los cambios en el ambiente, mejora la interacción entre padres e hijos y reduce las conductas disruptivas, de manera que se favorezca el aprendizaje, junto a las adaptaciones metodológicas y ambientales en el aula.

Respecto a los tratamientos farmacológicos, los fármacos autorizados para el tratamiento del TDAH se dividen en dos grupos en función del perfil principal de su mecanismo de acción: estimulantes y no estimulantes. Están indicados en niños mayores de 6 años, se utilizan en momentos donde no se observa mejoría con la terapia conductual. Los fármacos estimulantes actúan como inhibidores selectivos de la recaptación presináptica de la dopamina. El más conocido, por ser el más



antiguo, es el metilfenidato, pero también se encuentra en este grupo la lisdexanfetamina, la cual también actúa como inhibidor de la recaptación presináptica de noradrenalina.

El tratamiento debe ser individualizado, y cubrir todo el día, debe mejorar las comorbilidades y tiene que ser bien tolerado. Los *efectos secundarios* más importantes de los fármacos estimulantes son la pérdida de apetito y de peso. En algunos casos pueden producir alteración del sueño. Es frecuente la aparición de cefalea o dolor abdominal en los primeros días de su administración, pero estos efectos desaparecen en poco tiempo. También se ha descrito la aparición de labilidad emocional, nerviosismo o hipertensión (Escofet Soteras, Fernández Fernández, Torrents Fenoy, Martín del Valle, Ros Cervera y Machado Casas, 2022).

**Tabla 3.** *Efectos beneficiosos y consecuencias negativas del tratamiento farmacológico.*

| <b><i>Efectos beneficiosos</i></b>  | <b><i>Consecuencias negativas</i></b>  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>-Mejorar la relación entre iguales</li> <li>-Mejorar el rendimiento académico</li> <li>-Tranquiliza a la familia</li> <li>-Previene la morbilidad psiquiátrica, el abuso de sustancias tóxicas y los riesgos de Impulsividad.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Inhibición social.</li> <li>-Reducción del apetito.</li> <li>-Insomnio.</li> <li>-Irritabilidad.</li> <li>-Dolor de cabeza y de estómago.</li> <li>-Ansiedad.</li> <li>-Efecto de “conducta rebote”: deterioro en la conducta que ocurre por la tarde y al anochecer.</li> </ul> |

*(Fiuza y Fernández, 2013)*

## **DOCENTES Y ESCUELA ANTE EL TDAH**

Según Scandar (2010), los síntomas de este trastorno influyen en el desarrollo de los niños que lo padecen, interfiriendo en su funcionamiento social, emocional y cognitivo, causando a su vez una importante disfuncionalidad no solo en ellos, sino también en el grupo de compañeros y en su familia.

De este modo a la hora de actuar en el ámbito educativo hay que tener en cuenta todos los síntomas que presenta un alumno con TDAH y que ocasiona que tenga dificultades para comportarse adecuadamente, mantener la atención y seguir la dinámica de la clase.

El papel que desempeña el docente es fundamental para mejorar el comportamiento y el rendimiento escolar de estos alumnos. Sin olvidarse, por supuesto, como lo recuerda Bonet, Soriano y Solano (2009), que la intervención en niños con TDAH es una labor de equipo en la que hay que contactar con otros profesionales, diseñando un plan de acción y adquiriendo la tarea que a cada uno le corresponda. Como señala Morata (2015) la mayoría de las actuaciones son realizadas por los docentes, por lo que necesitan una formación específica y apoyo para detectar y afrontar las dificultades que pueden surgir en las aulas.

La formación de los docentes es un debate abierto desde hace años a nivel de propuestas de políticas educativas; es importante destacar que estos deben diferenciar con facilidad entre la mala conducta voluntaria y la mala conducta involuntaria (Ramírez, 2011). La mala conducta voluntaria se realiza de manera intencionada creando problemas cuando los niños/as deciden no comportarse como es debido. En cambio, la mala conducta involuntaria, que resulta del TDAH, no se realiza de manera intencionada, aunque también da lugar a consecuencias no deseadas, e incluso más difíciles de abordar.

La sintomatología del TDAH tiene repercusión en el contexto escolar, derivándose unas necesidades educativas sobre las que se debe intervenir, siendo el orientador y el equipo de profesores los que analicen y concreten dichas necesidades en el alumno que presente TDAH en los distintos contextos, para poder proporcionarle la mejor respuesta educativa (Morata, 2015).

En este sentido, se necesita mejorar la formación del profesorado sobre el TDAH para disminuir la alta tasa de fracaso escolar de estos alumnos.

Campoy (2014) recomienda que la orientación que debe prestar las escuelas a los alumnos y alumnas con TDAH es la de instaurar medidas de convivencia que proporcionen el aprendizaje de los alumnos y una respuesta que se adapte al entorno escolar, y de esta forma ayude a facilitar adaptaciones a las necesidades de todos los alumnos. También es necesario que el proyecto educativo esté actualizado y que el método llevado a cabo a estos alumnos y alumnas con necesidades educativas especiales (NEE) sea individualizado y en privado.

Como mencionan Álvarez y Pinel (2015), los niños con TDAH deben educarse con el resto de sus compañeros de su edad y participar de las mismas actividades educativas, sin perder de vista sus necesidades específicas, siendo el profesor quién debe ayudar a descubrir fortalecer, motivar y valorar las áreas con mayor predisposición del niño.

Es importante destacar que los problemas de comportamiento en el aula suelen aparecer cuando la tarea es difícil y aburrida; se le exige un trabajo por un largo periodo; hay poco control (patios, aulas, espacios abiertos); cuando se realizan cambios de actividades que el niño no controla; cuando no se lo respeta (lo retan, amenazan o castigan).

La institución educativa debe establecer las vías de intervención pedagógica y los apoyos necesarios para la atención a los estudiantes con TDAH, incluyendo profesionales, auxiliares, padres y sobre todo la capacitación continua a todos estos agentes (Álvarez y Pinel, 2015).

A su vez debe crearse respuestas adecuadas a las tendencias actuales de la educación inclusiva para de esta manera satisfacer las necesidades personales, psicológicas y sociales del niño con TDAH (Estévez y León, 2015).

El concepto de educación va más allá de la concepción de un aula y un profesor al frente, en la pedagogía actual la educación tiene varios actores o agentes que cumplen un rol importante en el proceso de formación de los estudiantes. Araneda Valdés (2021) menciona que uno de los tres

agentes, quizá el más importante, son los padres, pues son los primeros responsables de la formación del niño con buenos hábitos y valores, que hacen más factible el proceso de aprendizaje; por otro lado, el segundo agente son los educadores profesionales, que realizan de forma directa el proceso de enseñanza aprendizaje de contenidos en las aulas; finalmente el tercer agente lo constituye el Estado y sus instituciones, quienes son los responsables de las leyes, programas, infraestructura y condiciones ideales para desarrollar el proceso educativo de acuerdo a las necesidades de la sociedad actual.

### **BARRERAS EN LA INCLUSIÓN EDUCATIVA DE NIÑOS CON TDAH**

La inclusión es considerada un proceso de cambio enfocado a disminuir o eliminar las barreras que obstaculizan la presencia, el aprendizaje y la participación de todos los educandos en las instituciones educativas. (Loreto, López y Assael 2015).

Para la UNESCO (2023) cada educando es tan importante como cualquier otro, pero eso no quita que millones de personas siguen siendo excluidas de la educación. La educación inclusiva se esfuerza en identificar y eliminar todas las barreras que impiden acceder a la educación y trabaja en todos los ámbitos, desde el plan de estudio hasta la pedagogía y la enseñanza.

La inclusión y la equidad en la educación son la piedra angular de una educación transformadora, y por consiguiente debe hacer frente a todas las formas de exclusión y marginación, las disparidades y las desigualdades en el acceso, la participación y los resultados de aprendizaje. Ninguna meta educativa debería considerarse lograda a menos que se haya logrado para todos. Por lo tanto, debe comprometerse a realizar los cambios necesarios en las políticas de educación y a centrar esfuerzos para velar por que nadie se quede atrás. (UNESCO, 2023).

El punto del cambio es a partir del análisis del por qué suceden tales situaciones en ese contexto. Las barreras que impiden la participación, la convivencia y el aprendizaje en el contexto educativo mantienen relación con las políticas (Normativas contradictorias) la cultura (conceptuales y actitudinales) y la didáctica (Enseñanza-Aprendizaje) (Estévez y León, 2014).

Las barreras pueden ser:

**Barreras actitudinales / sociales:** Entre ellas se encuentra la inadecuada actitud de los docentes, estudiantes y familiares (prejuicios, sobreprotección, ignorancia, discriminación, negación); falta de actualización de contenidos (capacitación); carencia de conocimiento de los procesos inclusivos; desconocimiento de la docente y estudiantes sobre el TDAH y la conducta de estos niños.

**Barreras organizativas:** Se pueden enumerar: carencia de proceso colaborativo trabajo compartido entre miembros de la comunidad y comunicación poco funcional de la docente u otros miembros involucrados.

**Barreras metodológicas:** Entre ellas se encuentra la carencia de uso de tecnología y de adecuados procesos de enseñanza-aprendizaje; material concreto poco estimulante para el trabajo con el niño con TDAH; carencia de metodologías y formas de evaluación rígidas y poco adaptables; por último, períodos largos de tiempo para la ejecución de las actividades.

Al momento de edificar una educación inclusiva hay que considerar ciertos aspectos que favorecen este proceso (Herguedas, Rubia y Irurtia, 2018)

1. Las estrategias de aprendizaje, considerando que el docente debe utilizar el conocimiento previo, potencializarlo, valorarlo y saberlo aplicar.

2. Los estilos y ritmos de aprendizaje: el maestro es el guía quién ayuda al alumno a descubrir su estilo de aprendizaje y a su vez le permite al profesorado orientar adecuadamente la enseñanza que imparte, es el docente quién debe adaptarse al estilo de aprendizaje del alumno.

3. La motivación: es el impulso que el maestro da a su alumno, este determinará la participación activa del mismo no sólo en contextos escolares, sino también fuera de ellos.

4. La interacción en el aula: el trabajo en equipo e individual son importantes para construir y participar democráticamente (realizar retroalimentación o anticipación de contenidos en horas de tutoría).

5. La disciplina: es importante que cada docente aplique técnicas conductuales en su salón de clase por ejemplo la economía de fichas, negociación a través de contratos, tiempo fuera, auto instrucciones entre otras.

Estas recomendaciones buscan ayudar al niño con TDAH a insertarlo en un mundo de metodologías activas y de gran interés, ya sean estas lúdicas o aquellas que van de la mano con la tecnología e involucrar también a la familia en este proceso de formación, con el fin de garantizar una enseñanza aprendizaje adecuada a su necesidad educativa (Herguedas, Rubia y Irurtia, 2018).

En la tabla 4 se detallan algunas pautas para profesores y posibles adaptaciones escolares en el TDAH.

**Tabla 4.** *Pautas de intervención psicoeducativa en el aula.*

| <b><i>Pautas para profesores</i></b>  | <b><i>Posibles adaptaciones escolares</i></b>   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tener información del trastorno, contactar con el médico.</li> <li>-Colocarlo adecuadamente en el aula.</li> <li>Estructurar y variar las lecciones.</li> <li>-Fortalecer una relación positiva con el niño, ayudarlo a controlarse.</li> <li>-Establecer normas claras. Ser constante</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Bajar el nivel de dificultad de las tareas.</li> <li>-Uso de agenda individualizada.</li> <li>-Dar un tiempo extra para los exámenes.</li> <li>Presentar las tareas de forma novedosa.</li> <li>-Mejor examen oral que escrito.</li> <li>-Plantear tareas que requieran una respuesta motora activa.</li> </ul> |

|   |  |
|---|--|
| con las normas.<br>-Elogiar al niño a menudo y sin demora.<br>-Mantener un contacto estrecho con los padres.<br>Recordar que su tiempo máximo de atención sostenida no suele superar la media hora. | -Utilizar la máxima “menos es más”: si demuestra eficiencia en la resolución de una tarea durante un tiempo y después empieza a distraerse, no es necesario que la finalice. |
|---|--|

*(Fiuza y Fernández, 2013)*

A modo de cierre de éste título, es importante resaltar que, según la UNESCO (2023), el derecho a la educación tiene como objetivo garantizar a cada persona el derecho a acceder a una educación de calidad. Un enfoque inclusivo de la educación significa que se toman en cuenta las necesidades de cada persona y que todos los educandos participan y lo logran juntos. Asimismo, reconoce que todos los niños pueden aprender y que cada niño posee características, intereses, capacidades y necesidades de aprendizaje únicos. Se concede atención particular a los educandos que corren el riesgo de exponerse a la marginación, la exclusión o el bajo rendimiento. Por ejemplo, cuando un niño tiene alguna discapacidad, no debe ser separado de los otros educandos en la escuela y sus evaluaciones y los progresos de su aprendizaje deben tener en cuenta su discapacidad.

## **MÉTODO**

Se realizó un estudio Teórico conceptual centrado en el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, analizando el mismo desde una mirada Psicopedagógica a niños con este trastorno dentro del aula.

Para ello, las fuentes de acceso a la información fueron secundarias. Con el fin de recolectar datos e identificar la información que responda a la pregunta problema, se utilizó la herramienta llamada “Google académico” y otros materiales bibliográficos complementarios como la exploración de libros, documentos, publicaciones, artículos e investigaciones, de modo tal que este trabajo buscará beneficiar tanto a niños con TDAH, como así también a los docentes encargados de sus aprendizajes diarios escolares.

Como parte esencial de un proceso de investigación se incluyeron estudios internacionales, mayormente en español, aunque en ocasiones al encontrar estudios que citan libros en inglés, se utilizó el traductor para poder ubicar su fuente primaria.

Respecto al período histórico, en el apartado antecedentes se tomaron estudios de los últimos 5 años, mientras que para realizar el marco teórico se realizó un recorrido histórico por diferentes libros y publicaciones del tema a investigar, teniendo en cuenta los diversos años de publicación, para llegar a la evolución del concepto que actualmente llaman Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

Por último, las palabras claves utilizadas para la recopilación de información fueron: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Psicopedagogía, escuela primaria, estrategias de intervención.



## SÍNTESIS Y CONCLUSIONES

Al finalizar esta investigación se concluye que en cuanto a los objetivos planteados, tanto el objetivo general como específico se lograron llevar a cabo, ya que a través de los aportes bibliográficos y análisis de la información, se pudieron conocer las herramientas que se ofrecen desde el campo de la Psicopedagogía a los docentes de nivel primario para acompañar a niños que presentan TDAH y a su vez obtener información acerca de cómo se trabaja con estos niños en las aulas, valorando de esta forma, la opinión de los especialistas.

En cuanto a la hipótesis planteada se puede decir que, si bien los maestros presentan predisposición a la hora de recibir herramientas para trabajar con niños con este diagnóstico, se debe tener en cuenta que la adaptación del estudiante es importante, ya que su comportamiento se verá afectado debido a dicha adaptación, misma que muchas veces se ve obstaculizada con el número de compañeros que se encuentran en el aula. Podemos concluir que mientras menos numeroso sea el grupo mayor facilidad tendrá el docente para dirigir y orientar al alumnado y no solo al niño con necesidades educativas, sino que brindará un acompañamiento de calidad a todos los que integran el grupo de clase.

Por otro lado, sigue vigente el principal problema del TDAH, que es en relación al conocimiento y capacitaciones a los maestros y padres. El desconocimiento, sigue siendo el gran reto que afrontan los niños para mantener una adecuada socialización y un proceso de aprendizaje conforme a sus capacidades. Por ello vemos la importancia de profundizar en el conocimiento sobre este trastorno, así como en la necesidad de dar a conocer la problemática que supone no conocer *cómo* afrontar un caso así en las aulas.

Las Instituciones Educativas son, en su gran mayoría, el ámbito en el cual se hace más fácil el descubrimiento de este tipo de trastorno, ya que exige actividades que en verdad son complejas de

llevar a cabo en cuanto a poder concentrarse, estar quieto, seguir instrucciones, contar con un buen relacionamiento entre pares, entre tantos otros.

Como mencionamos, es importante que los maestros estén capacitados sobre este trastorno, ya que al estar al tanto de la necesidad educativa de su alumno, podrá intervenir temprana y eficazmente; intervención que estará sujeta a una comunicación constante con el Psicopedagogo, ya que es quien diseñará prácticas pedagógicas, metodológicas y organizativas, guiando al docente, forjando resultados positivos que a su vez brindan una inclusión de calidad.

El papel que juega el docente en el salón de clases es primordial ya que debe apoyar y generar estrategias multidimensionales que se adapten a las necesidades educativas del niño con TDAH, haciendo la planificación de la clase (metodología, evaluación y recursos) un diseño innovador, motivador e inclusivo que fomente el progreso académico, emocional y social de sus estudiantes. Los aspectos organizativos y curriculares deben proyectar pilares inclusivos de apoyo educativo, donde sea el docente el que se adapte al niño más no viceversa, buscando la participación y eliminación de barreras.

En particular, se sugiere el abordaje de esta formación, desde una perspectiva multidisciplinar, donde no solo se menciona a especialistas, directivos, profesores y alumnos sino también a los padres y familia, que son ejes fundamentales en el bienestar de los niños. Es fundamental que ellos estén conscientes de la situación de sus hijos, que conozcan las características y el cómo acompañarlos durante el proceso educativo, siendo el hogar pionero en generar y potenciar el desarrollo de sus hijos.

La elaboración de este trabajo me ha permitido indagar gran cantidad de conocimientos sobre el TDAH procedentes de distintos autores, proyectos e investigaciones, así como también investigar sobre una multitud de técnicas para trabajar con este trastorno en el aula. Es importante señalar que no todas las técnicas sirven para todos los casos con TDAH, sino que hay que valorar las

características individuales del alumno para poder desarrollar un plan que se adapte a sus necesidades particulares. Se debe enseñar a los alumnos a que se motiven, ganen en confianza, mejoren su autoestima, desarrollen sus habilidades sociales. Es decir, cubrir las necesidades cognitivas, conductuales y socioemocionales.

En cuanto al control de emociones en estos niños, es importante contar con redes de contención emocional, que permitan calmar aquellas situaciones que pueden presentarse, permitiendo de esta manera, conservar la tranquilidad y armonía en los espacios Institucionales, pero principalmente, que cuenten con la confianza de sentirse comprendidos, mirados, escuchados, valorados.

Debemos estar allí, para proteger y contener a aquel que nos necesita, a la familia que no sabe cómo actuar o a quién recurrir, al docente que se siente desbordado ante tantas complejas situaciones. Como profesionales, acompañar desde nuestro conocimiento y experiencia, pensar en conjunto y brindar asesoramiento sobre diferentes tratamientos y alternativas que pueden ponerse en práctica.

Por tanto, considero que el rol de Psicopedagogo en este ámbito es esencial. Esta disciplina nos prepara para reconocer señales que tal vez ante otras miradas pasan desapercibidas. Nos capacita para brindar una escucha clínica, un oír más allá de lo expresado.

Dentro de las acciones que llevaría a cabo como profesional dentro del ámbito educativo sería promover el desarrollo de redes de apoyo dentro de la Institución, en donde todos los actores conozcan los objetivos, en este caso, el principal sería la valoración y el respeto por la diversidad, valorando la individualidad de cada caso particular. Trabajar en conjunto con metas claras, colaborando en las diferentes áreas en que se haga necesario.

Además, las reuniones de coordinación docente durante el curso lectivo son espacios muy valiosos para escuchar las diferentes inquietudes, las preocupaciones, y las observaciones que han realizado de sus estudiantes, para valorar las prioridades y comenzar a trabajar de inmediato, ya que la rapidez con la que se actúe va a determinar en muchos aspectos la obtención de mejores resultados.

Finalmente, considero que, desde mi rol como Psicopedagoga se puede aportar valores más significativos a la formación docente, en cuanto a la tarea de buscar indicios en las aulas, que permitan la detección temprana de TDAH aún no diagnosticados, así como pensar en conjunto las diferentes estrategias que se pueden poner en práctica, ya nombradas anteriormente, que pueden resultar muy beneficiosas, para cuando se ha confirmado la presencia de dicho trastorno.

## APORTES Y CONTRIBUCIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio aporta información a los docentes para poder detectar alumnos con TDAH en su clase, todos los indicadores mencionados anteriormente son señales para los profesores, que les permitirán valorar si se encuentran ante un caso de TDAH en su aula. Por ello es de suma importancia que estén formados y/o capacitados para no enfocarse específicamente en la descripción de las características definitorias de este trastorno, como así tampoco en la presencia de conductas negativas y disruptivas, observables en el aula de clase y que no toman en cuenta, tanto factores personales ni ambientales. (Palacios, 2008)

Los profesores deben saber identificarlos, obtener los recursos para saber gestionarlos y lograr, como mencionan Ferré Veciana y Ferré Rodríguez (2010), ayudarlo a descubrir a él y a los demás, que su comportamiento no es sinónimo de su identidad, que él es una maravilla como persona y que ha estado o está sometido a una presión importante que necesitaba descargar y manifestar de alguna forma.

Además de lo mencionado en el párrafo anterior, se debe tener en cuenta que el desarrollo académico del alumnado con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) se ve mermado por sus características cognitivas y comportamentales, pero también, por la falta de adecuación organizativa y curricular que se produce ante las mismas en el contexto escolar en el que se desarrollan. A nivel cognitivo, las dificultades se presentan cuando es necesario pararse, pensar, razonar y elaborar una respuesta adecuada a la demanda del contexto, y a nivel conductual, cuando debe inhibir una conducta, evitar una respuesta determinada o controlar una reacción inmediata y desproporcionada (Cubero, 2006).

Dadas estas características, si el contexto escolar no adecua la propuesta educativa, se producirá un desajuste entre sus requerimientos y las características de este alumnado, agravando estas dificultades de aprendizaje. En este sentido, la escuela en general y el profesorado, en

particular, deben ser sensibles a las necesidades educativas que estas características plantean (Estévez y León, 2015).

Por lo tanto, en este trabajo se reúnen estrategias didácticas y organizativas, aportadas por un Psicopedagogo al docente, quién las implementará en el aula, y que se ajustarán a las necesidades educativas planteadas por este alumnado. Estrategias inclusivas que aplicándose en grupo o individualmente (considerando las necesidades particulares) y obedeciendo a una didáctica general, procurarán una mejora en su aprendizaje, mayor participación escolar y social.

## **LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

Las limitaciones de la investigación giran en torno a la elaboración del marco teórico, ya que ha sido la parte más laboriosa, teniendo en cuenta que el TDAH es un término muy amplio en el que hay mucha información teórica, y se ha tenido que investigar y trabajar mucho más para poder analizar, sintetizar y verificar toda la información hallada.

Por otra parte, la estructura de las propuestas de intervención, se considera que ha sido otra limitación, puesto que esta debería ser más larga y contener mayor número de intervenciones.

## PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

### Recomendaciones generales para la intervención en el aula

Con el objetivo de favorecer el proceso de aprendizaje de los niños con este trastorno, estas propuestas hacen referencia a la metodología o forma de dar clases y las que inciden en el entorno de trabajo (Mena Pujol, Nicolau Palou, Salat Foix, Tort Almeida y Romero Roca, 2006).

### Metodología para dar clases:

1. *Cómo dar instrucciones:* Establecer contacto ocular o proximidad física con el niño, asegurando así su atención. Se darán las instrucciones de una en una y éstas serán concretas, cortas y en un lenguaje positivo. Una vez se cumplan, serán elogiadas inmediatamente.
2. *Cómo explicar los contenidos académicos:* Conviene que las explicaciones del maestro sean motivadoras- por ejemplo, acercan el tema a la vida cotidiana del niño- y dinámicas, de modo que permitan una participación frecuente por parte del alumno. Es importante que estén estructuradas y organizadas, y que el maestro se asegure de la comprensión por parte del alumno.
3. *Asignación de deberes y tareas:* Con el objetivo de saber si el niño con TDAH sabe o no sabe del temario, es importante que las tareas tengan un formato simple y claro, y que se asignen en una cantidad justa. En caso de tratarse de actividades largas, convendría fragmentarlas. Igualmente, será imprescindible una supervisión y refuerzo constante. También puede ser útil el uso de registros o contratos, con el fin de facilitarle la planificación y realización de los deberes. Algunas recomendaciones para ello podrían ser:
  - Ayudarlo a que se marque objetivos concretos y cortos.
  - Animarlo a utilizar la agenda de forma sistemática, supervisarle y facilitarle para su uso.



- Asegurarse de que dedica un tiempo al estudio, al repaso diario y a organizar sus apuntes y tareas diarias.
- Mostrarle la importancia de evitar estímulos distractores durante el tiempo de estudio y trabajo (música, llamadas).
- Practicar el uso de esquemas y resúmenes, muy importante para la preparación de controles y exámenes.

Es importante que el maestro le ayude a ordenar y organizar su espacio más cercano, así como la agenda escolar, la carpeta o el material en general.

#### El entorno de trabajo:

Con el objetivo de reducir al máximo posible los estímulos distractores, el niño con TDAH se beneficiará cuando su asiento se sitúe cerca del maestro, facilitando el contacto ocular y la supervisión por parte de éste, lejos de ventanas, paredes u otros elementos decorativos.

#### **Tres ejes para fomentar un comportamiento adecuado**

1. *Supervisión constante* (mirarlo a menudo, encontrar una consigna como tocar la espalda, pasar por el lado con el objetivo de asegurarnos que ha empezado la tarea, etc.). La supervisión ha de servir para anticipar y prevenir situaciones que sabemos que pueden representar un problema (por ejemplo, al terminar una actividad o participar en una tarea grupal) y generar en el niño mayor seguridad y autocontrol.
2. *Tutorías individualizadas de unos 10 minutos*. Estas tutorías sirven para indicar al niño qué se espera de él, qué señales o consignas se pueden pactar para mejorar su comportamiento y rendimiento, y para marcar los límites o normas básicas de comportamiento dentro del aula.
3. *Uso de herramientas básicas para el control del comportamiento*.

- Refuerzo positivo: Es la mejor estrategia en el control de conducta, genera autoestima y respeto. Consiste en elogiar o reforzar aquellos comportamientos que queremos que se den con mayor frecuencia (más tiempo sentado, hablar bajito, repasar las tareas una vez finalizadas). Para ello se tendrá en cuenta:
  - Elogiar conductas muy concretas. Describir lo que ha hecho bien “muy bien has respetado el turno de la fila”. El hecho de que el niño autorregistre y autovalore las conductas adecuadas mejorará la eficacia de esta técnica.
  - Elogiar siempre de forma sincera (como soy consciente de que esto le cuesta: se lo digo).
  - Utilizar el refuerzo social (felicitación, alabanza, afecto), privilegios sencillos (pequeños encargos del aula, un rato más de patio) o pequeños premios (stickers).
  - También puede trabajarse de forma grupal (el maestro va reuniendo bolas, fichas o puntos que podrían ser intercambiados para un juego, privilegios de clase, etc.).
- La extinción: Es una estrategia para reducir conductas inadaptadas. Consiste en dejar de atender un comportamiento para reducir o evitar que éste se repita, sin prestar atención a la conducta problemática, no mirar, no escuchar, no hablar, no gesticular, actuar como si no pasara nada. Para aplicarla se tendrá en cuenta que:
  - Será necesario estudiar el hecho de que mantenga la conducta inadecuada cuando hay extinción. Asegurarnos de que no existe ningún factor que refuerce la conducta que queremos extinguir. Por ejemplo, que los compañeros se rían cuando el niño/a hace el ruido del grillo en clase.
  - Al principio la intensidad y la frecuencia de la conducta aumentará; esto no significa que la estrategia no funciona, será necesario persistir de forma paciente y con constancia hasta observar una disminución de la conducta problemática.

Esta estrategia NO será aplicable cuando la conducta pueda suponer un peligro para él o para quienes lo rodean.

- Tiempo fuera: Aislar al niño en un lugar carente de estímulo durante un periodo, después que se dé una conducta que queremos reducir. Para ello se habrá pactado con el niño con qué conductas y condiciones se llevará a cabo.
- Se aplicará aproximadamente un minuto por año de edad.
- Una vez finalizado el tiempo fuera, se invitará al niño a continuar con la actividad.

Es importante presentar esta técnica como una consecuencia posterior a una conducta inadecuada y no como un castigo.

- Las normas y los límites: Éstas proporcionan un ambiente estructurado, le ayudarán a fomentar un mayor autocontrol, ya que le indican qué se espera de él y las consecuencias de no cumplir las reglas.
- Se da la norma en lenguaje afirmativo: “David, puedes jugar a la pelota en el patio”. Se acompaña siempre de la razón por la cual se aplicará el límite: “Dentro del aula se pueden romper cosas”. Finalmente, si no la cumple se pactará una consecuencia.
- Técnica de la tortuga

Se trata de un método de autocontrol de impulsos y emociones basado en la técnica desarrollada por Marlene Schneider y Arthur Robin (1992). En ella se usa la analogía de cómo se repliega la tortuga dentro de su caparazón cuando se siente amenazada.

El alumno hará lo mismo, ya que se encogerá y meterá la cabeza entre sus brazos, donde podrá reflexionar, pensar sus acciones y tranquilizarse. Para que el niño sepa que debe adoptar esa postura, se utilizará la palabra clave “tortuga”.

El objetivo de la técnica es que el niño pare con su comportamiento disruptivo, así como que aprenda a controlar sus impulsos y a relajarse por medio de esta técnica.

Se llevará a cabo tanto en el aula como con ayuda de los padres en casa de la siguiente manera:

1- Primero se explicará al niño la técnica de la tortuga, enseñándole la posición que debe adoptar cuando oye la palabra “tortuga”. Esta fase se hará en el aula, aunque los padres también pueden ayudar en casa adoptando esta técnica para que la interiorice más rápidamente.

2- Una vez que el niño aprende a responder a esta palabra deberá relajar los músculos mientras la realiza (esta parte se le enseñará con ayuda de los padres en casa).

a- Los padres en casa deberán ayudarlo de la siguiente manera: se le hablará de forma calmada y con voz suave, pidiendo que relaje una a una las partes del cuerpo mientras las acarician: cara, hombros, brazos, piernas... Todo ello mientras se le dice que respire de forma calmada y profunda.

b- En el aula se le hablará de forma calmada pidiéndole que relaje los músculos y que respire con tranquilidad.

- Técnica del Semáforo

Se trata de una técnica cognitivo-conductual, donde las emociones del niño se correlacionan con los colores de un semáforo (rojo, amarillo y verde) (Aguilera, 2020). Dichos colores significarán lo siguiente:

- Verde: buena conducta.
- Amarillo: reflexiona la conducta que estás teniendo, ya que no es la correcta. Se trata de un aviso de que está empezando a tener una conducta indeseable en el aula.
- Rojo: detener la conducta completamente, dado que esta es completamente disruptiva en el aula.

Para la realización de la actividad se utilizará un dibujo de un semáforo pegado sobre su mesa o al frente de la clase.

Su objetivo es aprender a controlar los impulsos y gestionar las emociones.

A la hora de llevarla a cabo esto se hará tanto en casa como en el colegio de la siguiente manera:

- Primero se le enseñará al niño el significado de los tres colores, especificando las conductas que entran en el rojo y el amarillo, dado que es importante que el niño sepa lo que está haciendo mal para corregir su comportamiento.
  - Conductas disruptivas: jugar con el material de clase distrayéndose, moverse alrededor del pupitre, cantar, silbar. Estos son solo algunos ejemplos de las conductas disruptivas que tenía el alumno en el aula, aunque podemos observar más en el apartado de contexto. De igual manera los padres en casa deberán especificar las conductas disruptivas.
- Una vez que lo ha comprendido se empezará a llevar a cabo en el aula y en casa. Cuando comienza con la conducta disruptiva se utilizará el color amarillo, este le advertirá de que debe parar dicha conducta y le hará darse cuenta de ella; si no cesa la conducta, o dicha conducta interrumpe la clase desde el inicio, se utilizará el color rojo, haciéndole ver que está adoptando una mala conducta en el aula.
  - Si el alumno llega al color rojo se utilizará la Técnica de la Tortuga, de esta manera cesará con la conducta y se tranquilizará.
- Si a lo largo del curso aparecen nuevas conductas disruptivas se hablará con el niño para que sepa que no puede seguir con ella. Con esto conseguiremos una comunicación con el niño y entenderá las conductas que no se pueden hacer en el aula.

A continuación, se muestran algunos de los **errores más comunes en la lectura** de los niños con TDAH. Luego se ofrecen **estrategias de intervención** desde los autores Mena Pujol, Nicolau Palou, Salat Foix, Tort Almeida y Romero Roca, (2006).

- *Omisiones*: olvidar leer una letra, sílaba palabra o toda una frase.
- *Adiciones*: añadir, letras, sílabas o palabras al texto que se está leyendo.
- *Sustituciones*: leer una letra, sílaba o palabra por otra.
- **ESTRATEGIA:**

Se premiará con una ficha cada dos, tres o cuatro palabras bien leídas: favorecerá el incremento de su atención en la lectura y los errores se reducirán. Después de varias frases, se detendrá la lectura y se cambiarán las fichas por algún premio previamente acordado.

- *Desmotivación ante la lectura:* a menudo por la fatiga, fracasos anteriores o por la misma dificultad que conlleva mantener la atención ante tareas largas.
- **ESTRATEGIA:**

Entrenar al niño mediante textos muy cortos, interesantes y con opciones atractivas de respuesta (dibujos, respuesta múltiple, juegos de preguntas y respuestas, inventar título...).

- *Para los que rechazan leer:*
- **ESTRATEGIA:**
- Es importante iniciarse de nuevo con la lectura a través de textos muy cortos, recogidos por el mismo niño y a través de acuerdos con el educador (después de realizar la lectura obtendrá un privilegio).
- **Lectura compartida:** el niño comparte la lectura con el educador o con otros niños. El educador empieza leyendo mayor cantidad de texto que el niño, gradualmente se irá reduciendo la participación del adulto para que el niño acabe leyendo solo.
- Cuando el rechazo se produce ante el hecho de leer en grupo: se puede acordar previamente qué fragmento de la lectura le corresponderá. De esta manera podrá llevar a cabo un entrenamiento previo y no únicamente se conseguirá que lea ante sus compañeros, sino que produzca una lectura con menor número de fallos, más segura y con un tono de voz más elevado.

Con acciones de este tipo se favorece una buena autoestima.

- *Lectura lenta, <silabeada> o precipitada:*
- **ESTRATEGIA:**

- Utilizar un metrónomo para evitar el silabeo o la precipitación: se empezará leyendo a una velocidad muy lenta para ir incrementándose. Primero, cada ritmo marcará una sílaba para marcar palabras más adelante. En el caso de lectura precipitada, que no respeta los signos de puntuación: <se dejará pasar un ritmo delante de las comas, dos delante de los puntos y tres delante de los puntos y aparte>.
- Entrenamiento diario con lectura cronometrada para aumentar velocidad. El niño lee durante un minuto y se marcará con una línea hasta donde llega. Vuelve a leer el mismo texto otro minuto y se marcan dos rayitas, finalmente se vuelve al inicio y se cronometra otro minuto anotando en un registro. Normalmente se registra un mayor número de palabras en el tercer minuto, superando las dos anteriores, aspecto muy gratificante para el niño.

#### **Dificultades en la escritura:**

- *Unión de las palabras; Fragmentaciones; Adición de letras; Omisión de letras palabras o sílabas y Repetición o rectificación de sílabas o palabras:*
- ESTRATEGIA:
- Al igual que en la lectura, se le puede ofrecer una ficha por cada 2, 3 o 4 palabras escritas o leídas sin errores. Gracias a este refuerzo positivo se incrementará el nivel de atención y se reducirán los errores.
- Deletreo: Es importante crear en el niño el hábito del repaso mediante el deletreo. Se deberá hacer sobre textos muy cortos, pues suponen un gran cansancio sobre el niño/a.
- *Caligrafía pobre y desorganizada:* Se produce por rapidez o descuido debido a su impulsividad.  
¿Se produce por despistes, no se fija donde tiene que iniciar el escrito o apoyar las palabras?  
¿Comete errores concretos en algunos trazos? En función de los errores que cometa se actuará de una manera u otra.
- ESTRATEGIA:

- Ante los errores concretos convendría practicar sobre una caligrafía personalizada únicamente sobre estos errores. Ante errores de tipo atencional (despistes), se reforzará positivamente mediante el elogio específico ante palabras o fragmentos bien escritos.
- Finalizado el escrito revisaremos junto al niño el número de palabras escritas correctamente, indicando específicamente la localización de los éxitos. <Muy bien, has apoyado todas las letras sobre la línea>.
- *Mayor número de faltas ortográficas:* Se debe principalmente a la combinación de dos factores: les cuesta memorizar las normas ortográficas y, una vez memorizadas, por su dificultad atencional, cometen errores a la hora de automatizarlas. Esto demuestra que no por la repetición o práctica reiterada de las normas se consigue forzosamente el éxito.  
Si se considera que la mayoría de las veces estos errores se producen a causa de la inatención

lo más eficaz será el refuerzo y el hábito de repasar al finalizar la tarea.

- **ESTRATEGIA:**
- Trabajar el vocabulario. Los niños con déficit de atención acostumbran a presentar malos resultados en pruebas de memoria auditiva, será necesario dirigir la intervención hacia ejercicios de memoria visual, por ejemplo, la asociación de palabras con dibujos, los juegos tipo <el ahorcado>, la elaboración de diccionarios propios o deletreos de palabras sobre superficies rigurosas (arena, harina...).

### **Dificultades en las matemáticas**

- *Pobre comprensión de los enunciados.* Probablemente se debe a una lectura compulsiva o falta de atención durante la lectura y análisis de lo que se le pide.
- **ESTRATEGIA**
- Auto instrucciones ante los enunciados de los problemas. Ante un problema subrayo los datos y redondeo la palabra o palabras clave que identifican la operación.



- Auto instrucción para el reconocimiento de la operación. Se puede entrenar mediante: Sumar = PONER cosas (+); Restar = SACAR cosas (-); Multiplicar = PONER cosas (+) MUCHAS VECES (x); Dividir = REPARTIR cosas (:).
- Una forma muy gratificante de trabajar para el niño puede ser a través de ejercicios en los que solo deba identificar la operación y no se le exija la resolución completa del problema.
- *Errores por descuido a la hora de aplicar el signo* que previamente ha decidido de forma correcta, pero al realizar la operación procede a haber una resta.
- ESTRATEGIA:
- Cada signo tiene su color. Pintar los signos siempre del mismo color antes de empezar a operar.
- *Dificultad de abstracción de conceptos matemáticos.* Esta dificultad se presentará si los datos son muy elevados o lejanos a su realidad más cercana. A medida que el niño crece va evolucionando este sentido concreto hacia uno más abstracto, generalizable a muchas situaciones no tan cercanas a él.
- ESTRATEGIA:
- Manipular materiales (fichas, bolitas, tapitas) o representar gráficamente los datos mediante un dibujo, le ayudará en la comprensión de conceptos.
- *Respecto al cálculo.* Probablemente es debido a una respuesta impulsiva, incluso antes operaciones sencillas. En general es necesario ofrecerles más tiempo para pensar, ayudarles a crear el hábito de repaso y permitirles rectificar.
- ESTRATEGIA:
- Entrenamiento en cálculo mental, a diario se entrena mediante operaciones de cálculo muy simples para reducir el uso de los dedos como estrategia de cálculo.

- Representación mental de los números. Ejemplo, ante la suma de  $9 + 4$  me ayudará la siguiente auto instrucción: <empiezo diciendo el número mayor y le añado los palitos que veo mentalmente y sigo contando.

## REFERENCIAS

- Achenbach, T.M (1991). *Manual para el Autoinforme Juvenil y Perfil 1991*. Burlington, VT: Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Vermont.
- Aguilera, L. (2020). *Control de impulsos: La técnica del semáforo*. Psico Ayuda Infantil. Recuperado de:  
<https://www.psicoayudainfantil.com/control-impulsos-tecnica-delsemaforo/>
- Aguilera, L. (2021). *Qué es la Técnica de la Tortuga y cómo aplicarla correctamente*. Psico Ayuda Infantil. Recuperado de:  
<https://www.psicoayudainfantil.com/tecnica-de-la-tortuga/>
- Álvarez, S., & Pinel, A. (2015). *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en mi Aula Infantil*. Revista Española de Orientación y Psicopedagogía, 26(3), 141-152.  
Recuperado de:  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=338245392008>
- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson. (Orig. 1994).
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, S.A.
- American Psychiatric Association (2013): *DSM-V. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Washington: American Publishing

Arnold, L. E. y Jensen, P.S. (1995). *Attention-deficit disorders*. En H. I. Kaplan y B. J. Sadock (eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry*, vol. 2, 6.ª ed. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

Baez Díaz, R. y Darias Rodríguez, E. (2019). “*Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en escuela primaria*”. Recuperado de:  
<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/15571/Trastorno%20por%20deficit%20de%20atencion%20e%20hiperactividad%20en%20educacion%20primaria..pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Barkley, R. (1990). *Attention Déficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. Nueva York: Guilford.

Barkley, R. (1981). *Hyperactive Children: A Handbook of Diagnosis and Treatment*. New York: Guilford Press.

Barkley, R. (1989). *Hyperactive girls and boys: stimulant drug effects on MotherChild interactions*. *J Child Psychol Psychiatry*. Recuperado de:  
<https://www.redalyc.org/pdf/4758/475847405007.pdf>

Battle, S. y Tomás, J. (1999). *Evaluación de la Atención en la Infancia y la Adolescencia: Diseño de un Test de Atención Selectiva y Sostenida*. Estudio piloto. *Revista Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 3, 142-148.

Bello Pinzón, M.P y Duque Carvajalino, D.A (2018). *Aportes pedagógicos para la atención educativa de estudiantes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en la primera infancia*. Recuperado de:  
<https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/39609>

Bonet, T., Solano C. y Soriano, Y. (2006). *Aprendiendo con los niños hiperactivos.*

*Un reto educativo.* Madrid, España: Paraninfo.

Borrego, H (2003): *Tratamiento del síndrome hiperquinético en la infancia.*

Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud.

Recuperado de:

[https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol27\\_5hiperquinetico.pdf](https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol27_5hiperquinetico.pdf)

Brown, T. E. (2000). *Emerging Understandings of Attention-Deficit Disorders and Comorbidities. Attention-Deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents, and Adults (Vol. 160).* Arlington, VA: American Psychiatric Press.

Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/pdf/4758/475847405007.pdf>

Campoy, L. (2014). *Déficit de Atención por Hiperactividad. Trabajo Fin de Grado.*

España: Universidad de Almería. Recuperado de:

[https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/24728/3/0737535\\_00000\\_0000.pdf](https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/24728/3/0737535_00000_0000.pdf)

Capafons, A. y Silva, F. (1998). CACIA, *Cuestionario de Auto-control Infantil y Adolescente.* TEA Ediciones: Madrid.

Capafons, J., Sosa, C., Alcantud, F. y Silva, F. (1986). *La información Diagnóstica General: una pauta estructurada de anamnesis para niños y adolescentes.* Evaluación Psicológica. 2, 13-45.

CIE-10 (2003). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes.* Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Conners, C. K. (1969). A Teacher Rating Scale for Use in Drug Studies with Children. *American Journal of Psychiatry*, 126, 884-888.

Conners, C. K. (1997). *Conners' Rating Scales: Revised technical manual*. North Towanda, NY: Multi Health Systems.

Conners, C.K. (1973). Rating scales for use in drug studies with children. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 24-29.

Cubero Venegas, C.M. (2006). Los trastornos de la atención con o sin hiperactividad: una mirada teórica desde lo pedagógico. *Revista Electrónica “Actualidades investigativas en Educación”*: Universidad de Costa Rica. Recuperado de:

[https://www.researchgate.net/publication/26443303\\_Los\\_trastornos\\_de\\_la\\_atencion\\_con\\_o\\_sin\\_hiperactividad\\_una\\_mirada\\_teorica\\_desde\\_lo\\_pedagogico](https://www.researchgate.net/publication/26443303_Los_trastornos_de_la_atencion_con_o_sin_hiperactividad_una_mirada_teorica_desde_lo_pedagogico)

Domínguez, R (2017): “*El maestro debe conocer más y mejor el TDAH*”. Redacción médica. Recuperado de:

<https://www.redaccionmedica.com/secciones/psiquiatria/-el-maestro-debe-conocer-mas-y-mejor-el-tdah--1909>

Dubois, D., Fargier, H., and Prade (1995). *Fuzzy Constraints in job-shop scheduling*. *Journal of Intelligent Manufacturing* 6(4): 215-234.

Escofet Soteras, C., Fernández Fernández, M.A, Torrents Fenoy, C., Martín del Valle, F., Ros Cervera, G., Machado Casas, I.S (2022). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)*. Asociación Española de Pediatría. Recuperado de:

<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/09.pdf>

Estévez, B. & León, M. J. (2015). *Inclusión educativa del alumnado con TDA/H: estrategias didácticas generales y organizativas de aula*. *Revista nacional e internacional de educación inclusiva*, 8(3), 89-106. Recuperado de:

<https://revistaeducacioninclusiva.es/index.php/REI/article/view/92/89>

Estévez, B., & León, M. J. (2014). *Una mirada inclusiva hacia el TDAH en las aulas escolares*. XI Congreso Internacional y XXXI Jornadas de Universidades y Educación Inclusiva. Recuperado de:

<https://revistaventanaabierta.es/tdah-en-el-aula-desafios-y-estrategias-para-una-educacion-inclusiva/>

Faraone, S.V., Biederman, J., Keenan, K. & Tsuan, M. T. (1991). *A familygenetic study of girls with DSM-III attention déficit disorder*. American Journal of Psychiatry.

Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/pdf/4758/475847405007.pdf>

Félix, V. (2006). *Recursos para el diagnóstico psicopedagógico del TDAH y comorbilidades*. Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa, 4 (3), 623-642.

Recuperado de:

[https://www.academia.edu/6858475/Recursos\\_para\\_el\\_diagn%C3%B3stico\\_psicopedag%C3%B3gico\\_del\\_TDAH\\_y\\_comorbilidades](https://www.academia.edu/6858475/Recursos_para_el_diagn%C3%B3stico_psicopedag%C3%B3gico_del_TDAH_y_comorbilidades).

Fernández, Leonor. (2021). *“El TDAH en la escuela”*. Ed: Inclusión.

Ferré Veciana, J. y Ferré Rodríguez, M.M (2010). *Déficit de atención e hiperactividad. 100 preguntas-100 respuestas*. Editorial Lebón S.L.

Fiuza Azorey, M.J. y Fernández Fernández, M.P. (2013): *Dificultades de aprendizaje y trastornos del desarrollo*. Manual didáctico. Madrid: Ediciones Pirámide.

Recuperado de:

[https://www.academia.edu/38452776/Fuiza\\_y\\_fernandez\\_dificultades\\_de\\_aprendizaje\\_y\\_trastornos\\_de\\_l\\_desarrollo](https://www.academia.edu/38452776/Fuiza_y_fernandez_dificultades_de_aprendizaje_y_trastornos_de_l_desarrollo)

Fundación CADAH. (2009). *TDAH en el aula*. Guía para docentes.

Gadow, K.D., y Sprafkin, J. (1994). *Child Symptom Inventories manual*. Stony Brook, NY: Checkmate Plus.

Herguedas Esteban M.C., Rubia Avi, M. y Irurtia Muñiz, M.J. (2018). *Bases teóricas para la elaboración de un programa educativo de intervención psicomotriz en niños con TDAH*. Revista de Educación Inclusiva, 11(1), 277-293.

Herjanic, B., Herjanic, M., Brown, F. y Wheatt, T. (1975). Are children reliable reporters? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 3, 41-48.

Jiménez Rodríguez, A. (2021): *Desarrollo de la comprensión lectora en niños con TDAH a través de las TIC*. Edual. Editorial Universidad de Almería. Recuperado de:

<https://ojs.ual.es/ojs/index.php/KASP/article/view/5849/5277>

Kendall, P y Wilcox, L. (1979). *Autocontrol en niños: Desarrollo de una escala de calificación*. Revista de Consultoría y Psicología Clínica, 47, 1020-1029.

Kirk, S.S, Mccarthy, J.J y Kirk, W.D (1986). *ITPA: Test Illinois Psicolingüísticas*. Tea ediciones. Disponible en:

[https://www.academia.edu/38463947/ITPA\\_Test\\_Illinois\\_Aptitudes\\_Psicoling%C3%BC%C3%ADstic\\_as](https://www.academia.edu/38463947/ITPA_Test_Illinois_Aptitudes_Psicoling%C3%BC%C3%ADstic_as)

Logan, G. D., & Cowan, W. B. (1984). *On the ability to inhibit thought and action: A theory of an act of control*. *Psychological Review*, 91(3), 295–327. Recuperado de:



[http://wexler.free.fr/library/files/logan%20\(1984\)%20on%20the%20ability%20to%20inhibit%20thought%20and%20action.%20a%20theory%20of%20an%20act%20of%20control.pdf](http://wexler.free.fr/library/files/logan%20(1984)%20on%20the%20ability%20to%20inhibit%20thought%20and%20action.%20a%20theory%20of%20an%20act%20of%20control.pdf)

López-Soler, C. y Martínez-Núñez, M. (1999). *Características cognitivo-emocionales*. En C.Perpiñá (comp.). Déficit atencional e hiperactividad: psicopatología, evaluación y tratamiento (pp. 53-68). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).

López Soler, C. y Romero Medina, A. (coords.) (2013). *TDAH y los trastornos del comportamiento en la infancia y en la adolescencia: Clínica, diagnóstico, evaluación y tratamiento*. Ediciones Pirámide.

Lora-Espinosa, A. (2004). *Monografía: Déficit de atención e hiperactividad en el niño y adolescente. La necesidad de un trabajo continuo*. Málaga: Mesa redonda-patrocinio de la Asociación de Pediatras de Atención Primaria de Andalucía. Recuperado de:

<https://es.slideshare.net/avascoo/hiperactividad-33980052>

Loreto, M.M.V., López, C.M y Assaél, J. (2015). *Concepciones docentes para responder a la diversidad: ¿Barreras o recursos para la inclusión educativa?* Psicoperspectivas vol.14, n.3, pp.68-79: Chile. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=171042264007>

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-V 5ª edición. (2013). Editorial medica panamericana. American Psychiatric Association (APA).

Recuperado de:

<https://www.alansaludmental.com/dsm-5/>

Marco, R., Grau, D., y Presentación, M. J. (2011). *El curso evolutivo de las personas con TDAH*. En A. Miranda (Coord.). Manual práctico de TDAH. Madrid: Editorial Síntesis.

Martínez-Frutos, M.T., Herrera-Gutiérrez, E. y López-Ortuño, J. (2014).

*Conocimientos y lagunas de los docentes sobre el TDAH: la importancia de la formación.*

Murcia:Consejería de Educación, Cultura y Universidades. Recuperado de:

<http://diversidad.murciaeduca.es/publicaciones/claves/doc/mtmartinez.pdf>

Mena Pujol, B., Nicolau Palou, R., Salat Foix, R., Tort Almeida, P. y Romero Roca, B. (2006). *Guía práctica para educadores El alumno con TDAH*. Fundación ADANA. Mayo ediciones: Madrid.

Milich, R., Loney, J. y Landau, S. (1982). Dimensiones independientes de hiperactividad y agresión: una validación con datos de observación en la sala de juegos. *Revista Psicología Infantil Anormal*, 19, 607-623.

Miranda, A y Santamaría, M. (1986). *Hiperactividad y dificultades en el aprendizaje*. Valencia: Promolibro.

Miranda Padilla, D., Barrios Cuartas, L., Duque Henao, E., Burgos Arroyo y Salazar Flórez, J.E. (2018):*Conocimientos sobre TDAH de los docentes de primaria de colegios públicos de Sabaneta, Antioquia*. Fundación Universitaria San Martín, Sede Sabaneta, Antioquia, Colombia. Recuperado de:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502018000300165&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502018000300165&script=sci_arttext)

Morata, L. (2015): *Necesidades y Respuesta Educativa para el alumnado con Trastornos del Desarrollo y de la Conducta*. Manuales Universitarios de Teleformación. Grado en Educación Primaria.

Moreno, I (1999). *Hiperactividad. Prevención, evaluación y tratamiento en la infancia*. Ediciones Pirámide.

Navarro, M.I. y García, D.A. (2010). *El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica*. Revista de Historia de la Psicología.

Recuperado de:

[file:///C:/Users/raquel/Downloads/DialnetElConceptoDeHiperactividadInfantilEnPerspectiva-3399009%20\(7\).pdf](file:///C:/Users/raquel/Downloads/DialnetElConceptoDeHiperactividadInfantilEnPerspectiva-3399009%20(7).pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Clasificación Internacional de Enfermedades*. 11º edición (CIE – 11).

Orús.M.T, Latorre.C y Vázquez.S (2017): “*Habilidades sociales de niños con déficits atencionales y contextos escolares incluidos*”. Universidad de Zaragoza, España. Recuperado de:

<https://redined.educacion.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/144664/20122-39817-1-SM.pdf?sequence=1>

Palacios, A.(2008). El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Ediciones Cinca. Disponible en:

<https://www.uv.mx/cendhiu/files/2021/11/Elmodelosocialdediscapacidad.pdf>

Palechano, V. (1979). *Psicología educativa comunitaria. Monografías del departamento de Psicología evolutiva y diferencial*. Universidad de Valencia 2da edición. Editorial Alfaplus.

Palomo, D.C, Díaz Zabala, M.A, Grosso, M.F y Murillo, L.M (2019): *Estrategias más favorables en niños con TDAH del jardín infantil el refugio de Heidy*. Institución universitaria Politécnico Grancolombiano. Recuperado de:

<https://alejandria.poligran.edu.co/bitstream/handle/10823/1473/ESTRATEGIAS%20M%20FAVORABLES%20EN%20NI%20CON%20TDAH%20DEL%20JARD%20INFANTIL%20EL%20REFUGIO%20DE%20HEIDY.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ramírez, D.M. (2011). *Estrategias de intervención en el alumnado con trastorno por déficit de atención con hiperactividad-TDAH*. Innovación y experiencias educativas, 45.

Reynolds, C.R. y Kamphaus, R.W (1992). *BASC-2, Behavior Assessment System for Children*. AGS publishing.

Rubia, K., Taylor, E., Smith, AB, Oksannen, H., Overmeyer, S. y Newman, S. (2001). *Análisis neuropsicológicos de la impulsividad en la hiperactividad infantil*. The British Journal of Psychiatry, 179, 138-143. Recuperado de:

<https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/neuropsychological-analyses-of-impulsiveness-in-childhood-hyperactivity/2B28574E500572C18DC3E004F8D5D970>

Rusca – Jordán F. y Cortez Vergara C. (2020) *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica*. Revista Neuropsiquiatría vol.83 no.3 Lima jul-sep. Disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972020000300148&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972020000300148&script=sci_arttext)

Sampieri, H.R. Fernández Collado, R y Baptista, L.P.(2014): *Metodología de la investigación*. Mc. Graw Hill.

Scandar, O.R. (2010): *Inquietos, distraídos, ¿diferentes? Orientación y consejos para padres y docentes de niños con déficit de atención e hiperactividad*. Ediciones Ediba.

Schneider, M., & Robin (1990). La técnica de la tortuga. *Un método para el autocontrol de la conducta impulsiva*. T. Bonet, Problemas psicológicos en la infancia. Promolibro-CINTECO: Valencia.

Servera, M., & Cardo, E. (2006). *Children Sustained Attention Task (CSAT): Normative, reliability, and validity data*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 697-707. Recuperado de:

[https://www.researchgate.net/publication/26461793\\_Children\\_Sustained\\_Attention\\_Task\\_CSAT\\_Normative\\_reliability\\_and\\_validity\\_data](https://www.researchgate.net/publication/26461793_Children_Sustained_Attention_Task_CSAT_Normative_reliability_and_validity_data)

Siegel, L. S., & Ryan, E. B. (1989). *The Development of Working Memory in Normally Achieving and Subtypes of Learning Disabled Children*. *Child Development*, 60, 973-980.

Soutullo, C. Díez, A. (2007). Diagnóstico del TDAH. *En Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH* (pp. 39-55). Editorial: Médica Panamericana. Recuperado de:

[https://www.google.com.ar/books/edition/Manual\\_de\\_diagn%C3%B3stico\\_y\\_tratamiento\\_del/5mcc0E\\_r6DkC?hl=es&gbpv=1&printsec=frontcover](https://www.google.com.ar/books/edition/Manual_de_diagn%C3%B3stico_y_tratamiento_del/5mcc0E_r6DkC?hl=es&gbpv=1&printsec=frontcover)

Stroop, J. R. (1935). *Studies of interference in serial verbal reactions*. *Journal of Experimental Psychology*, 18(6), 643–662.

Truffino Cabanyes, J. (2011). *Bases neurobiológicas de la hiperactividad infantil*. *Psiquiatría*, (4), 38- 44.

UNESCO (2023). *La inclusión en la educación*. Recuperado de:

<https://www.unesco.org/es/inclusion-education/need-know>

Valdés, A.A. (2021). *Agentes en la educación, ¿cumple su responsabilidad?* Universidad Católica de la Santísima Concepción. Recuperado de:

<https://www.ucsc.cl/blogs-academicos/agentes-en-la-educacion-cumplensuresponsabilidad>

Valverde Peralta, G.E, Almeida Monge, E.J, Sumba Bautista, M.C, Jiménez Vilema, M.G (2020): *Educación emocional y su incidencia en el aprendizaje de Ciencias Naturales en niños con TDAH*. Universidad Estatal de Milagro, Ecuador. Recuperado de:

[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2616-79642020000300006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2616-79642020000300006&script=sci_arttext)

Vaquerizo-Madrid, J. (2008). *Evaluación clínica del trastorno por déficit de atención/hiperactividad, modelo de entrevista y controversias*. Revista de Neurología.

Recuperado de:

[https://psicopedagogia.weebly.com/uploads/6/8/2/3/6823046/evaluacin\\_clnica\\_del\\_trastorno\\_por\\_dficit\\_de\\_atencin-hiperactividad\\_modelo\\_de\\_entrevista\\_y\\_controversias.pdf](https://psicopedagogia.weebly.com/uploads/6/8/2/3/6823046/evaluacin_clnica_del_trastorno_por_dficit_de_atencin-hiperactividad_modelo_de_entrevista_y_controversias.pdf)

Vázquez MJ, Cárdenas EM, Feria M, Benjet C, Palacios L, De la Peña F. (2010). *Guía clínica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales*. Ciudad de México: Ed. S. Berenzon, J. del Bosque, J. Alfaro, M<sup>a</sup>. E. Medina-Mora e Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Recuperado de:

[http://www.centropsicologicomca.es/articulos/guia\\_tdah.pdf](http://www.centropsicologicomca.es/articulos/guia_tdah.pdf)

Waslick, B y Greenhill, L. (2006): *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. A: Wiener, J.M y Dulcan, M.K. Tratado de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Edición Masson.

Werry, J.S, Weiss, G & Peters, J. (1968). *Developmental hyperactivity*. Pediatric Clinics of North America, 15, 587-599.

Zambrano-Sánchez, E; Martínez-Cortés, J.A; Sánchez-Cortes, N; Dehesa-Moreno, M.; Vázquez-Urban, F; Sánchez-Aparicio, P y Alfaro-Rodríguez, A (2018): *Correlación entre los niveles de ansiedad en padres de niños con diagnóstico de ansiedad y TDAH, de acuerdo al subtipo clínico*. Investigación en Discapacidad. Recuperado de:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/invdiss/ir-2018/ir181c.pdf>

Zentall.SS y Meyer, M. (1987): *Self-regulation of stimulation of ADD-H children during reading and vigilance task performance*. J. Abnorm Child Psychol 15:519-536.

Zuluaga Valencia, J.B(2007): *Evolución en la atención, los estilos cognitivos y el control de la hiperactividad en niños y niñas con diagnóstico de trastorno deficitario de atención con hiperactividad (TDAH), a través de una intervención sobre la atención*.

Universidad de Manizales: Doctorado en Ciencias Sociales: Niñez y juventud.

## ANEXO

### Marco legal

Ley de Educación Nacional N° 26.206 - 2006 - Hacia una educación de calidad para una sociedad más justa.

#### CAPÍTULO II

#### FINES Y OBJETIVOS DE LA POLÍTICA EDUCATIVA NACIONAL

ARTÍCULO 11. — Los fines y objetivos de la política educativa nacional son:

- a) Asegurar una educación de calidad con igualdad de oportunidades y posibilidades, sin desequilibrios regionales ni inequidades sociales.
- b) Garantizar una educación integral que desarrolle todas las dimensiones de la persona y habilite tanto para el desempeño social y laboral, como para el acceso a estudios superiores.
- c) Brindar una formación ciudadana comprometida con los valores éticos y democráticos de participación, libertad, solidaridad, resolución pacífica de conflictos, respeto a los derechos humanos, responsabilidad, honestidad, valoración y preservación del patrimonio natural y cultural.
- d) Fortalecer la identidad nacional, basada en el respeto a la diversidad cultural y a las particularidades locales, abierta a los valores universales y a la integración regional y latinoamericana.
- e) Garantizar la inclusión educativa a través de políticas universales y de estrategias pedagógicas y de asignación de recursos que otorguen prioridad a los sectores más desfavorecidos de la sociedad.
- f) Asegurar condiciones de igualdad, respetando las diferencias entre las personas sin admitir discriminación de género ni de ningún otro tipo.
- g) Garantizar, en el ámbito educativo, el respeto a los derechos de los/as niños/as y adolescentes establecidos en la Ley N° 26.061.



h) Garantizar a todos/as el acceso y las condiciones para la permanencia y el egreso de los diferentes niveles del sistema educativo, asegurando la gratuidad de los servicios de gestión estatal, en todos los niveles y modalidades.

i) Asegurar la participación democrática de docentes, familias y estudiantes en las instituciones educativas de todos los niveles.

j) Concebir la cultura del trabajo y del esfuerzo individual y cooperativo como principio fundamental de los procesos de enseñanza-aprendizaje.

k) Desarrollar las capacidades y ofrecer oportunidades de estudio y aprendizaje necesarias para la educación a lo largo de toda la vida.

l) Fortalecer la centralidad de la lectura y la escritura, como condiciones básicas para la educación a lo largo de toda la vida, la construcción de una ciudadanía responsable y la libre circulación del conocimiento.

m) Desarrollar las competencias necesarias para el manejo de los nuevos lenguajes producidos por las tecnologías de la información y la comunicación.

n) Brindar a las personas con discapacidades, temporales o permanentes, una propuesta pedagógica que les permita el máximo desarrollo de sus posibilidades, la integración y el pleno ejercicio de sus derechos.

ñ) Asegurar a los pueblos indígenas el respeto a su lengua y a su identidad cultural, promoviendo la valoración de la multiculturalidad en la formación de todos/as los/as educandos/as.

o) Comprometer a los medios masivos de comunicación a asumir mayores grados de responsabilidad ética y social por los contenidos y valores que transmiten.

p) Brindar conocimientos y promover valores que fortalezcan la formación integral de una sexualidad responsable.

q) Promover valores y actitudes que fortalezcan las capacidades de las personas para prevenir las adicciones y el uso indebido de drogas.

r) Brindar una formación corporal, motriz y deportiva que favorezca el desarrollo armónico de todos/as los/as educandos/as y su inserción activa en la sociedad.

s) Promover el aprendizaje de saberes científicos fundamentales para comprender y participar reflexivamente en la sociedad contemporánea.

t) Brindar una formación que estimule la creatividad, el gusto y la comprensión de las distintas manifestaciones del arte y la cultura.

u) Coordinar las políticas de educación, ciencia y tecnología con las de cultura, salud, trabajo, desarrollo social, deportes y comunicaciones, para atender integralmente las necesidades de la población, aprovechando al máximo los recursos estatales, sociales y comunitarios.

v) Promover en todos los niveles educativos y modalidades la comprensión del concepto de eliminación de todas las formas de discriminación.

#### **POLÍTICAS DE PROMOCIÓN DE LA IGUALDAD EDUCATIVA**

**ARTÍCULO 80.** — Las políticas de promoción de la igualdad educativa deberán asegurar las condiciones necesarias para la inclusión, el reconocimiento, la integración y el logro educativo de todos/as los/as niños/as, jóvenes y adultos en todos los niveles y modalidades, principalmente los obligatorios. El Estado asignará los recursos presupuestarios con el objeto de garantizar la igualdad de oportunidades y resultados educativos para los sectores más desfavorecidos de la sociedad. El Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, en acuerdo con el Consejo Federal de Educación, proveerá textos escolares y otros recursos pedagógicos, culturales, materiales, tecnológicos y económicos a los/as alumnos/as, familias y escuelas que se encuentren en situación socioeconómica desfavorable.

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

**RIUFLO** -*Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del RIUFLO. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial - compartir igual 4-0 internacional y siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

### **Autorizo la publicación de la obra:**

Desde la fecha 28 de abril de 2024.

Dentro de los 6 meses posteriores a su aceptación

Otro plazo mayor detallar/justificar: 8 meses posteriores

Lugar y fecha: Santa Fe, 28 de abril de 2024

Firma y aclaración del autor: Larroza, Agustina Gabriela

