

**TRABAJO DE FINAL DE GRADO
EN MAESTRO EN EDUCACIÓN INFANTIL**

LA CONDUCTA EN EL ALUMNADO CON TDAH

DIANA DE LEÓN VALLADARES

TUTOR: ANTONIO J. GUIJARRO EXPOSITO

MODALIDAD: REVISIÓN TEÓRICA

CURSO ACADÉMICO: 2020/2021

RESUMEN

Este trabajo trata de reflejar y abordar la relevancia de la conducta en el alumnado con trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDAH, una Necesidad Específica de Apoyo Educativo cada vez más común en las aulas de educación infantil y primaria. Por ello, el reconocimiento y abordaje de la dimensión comportamental de los niños y niñas con TDAH supone promover medidas educativas acorde con las características que presenta este colectivo, en donde el personal docente y en particular las familias desempeñan un papel determinante desde la perspectiva educativa y rehabilitadora. De manera específica, es importante conocer cuáles son las principales manifestaciones conductuales que pueden comprometer en muchas ocasiones los procesos de enseñanza aprendizaje, dificultando su evolución y trayectoria escolar. De ahí, el sentido de recopilar a través de una revisión teórica la información sobre la conducta de los niños y niñas con TDAH.

Palabras clave: TDAH, intervención educativa, conducta, tratamiento.

ABSTRACT

This work tries to reflect and address the relevance of behavior in students with attention deficit and hyperactivity disorder ADHD, a Specific Need for Educational Support that is increasingly common in nursery and primary education classrooms. Therefore, the recognition and approach of the behavioral dimension of children with ADHD implies promoting educational measures in accordance with the characteristics of this group, where the teaching staff and in particular the families play a determining role from the educational and educational perspective. rehabilitating. Specifically, it is important to know which are the main behavioral manifestations that can compromise the teaching-learning processes on many occasions, hindering their evolution and school trajectory. Hence, the sense of collecting information on the behavior of children with ADHD through a theoretical review.

Key Words: ADHD, educational intervention, behavior, treatment.

ÍNDICE

1. Introducción.....	Pág. 4
2. Justificación Teórica	
2.1 Evolución histórica del concepto de hiperactividad.....	Pág. 5 - 8
2.2 Visión general sobre el trastorno por déficit de atención por hiperactividad.....	Pág. 8 - 10
2.3 La conducta en los niños con déficit de atención.....	Pág. 10 - 11
2.4 La intervención educativa del alumnado con trastorno por déficit de atención con hiperactividad.....	Pág. 11 - 12
3. Procedimiento metodológico.....	Pág. 12 - 13
4. Resultados de la búsqueda	Pág. 13 - 15
4.1 Resultados de la búsqueda del descriptor “TDAH”.....	Pág. 15 - 17
4.2 Resultados de la búsqueda del descriptor “TDAH, conducta y Educación infantil”	Pág. 17 - 18
4.3 Resultados de la búsqueda del descriptor “TDAH y conducta”... 	Pág. 19 – 20
4.4 Resultados de la búsqueda del descriptor “TDAH y problemas de conducta e intervención educativa”	Pág. 20 - 22
4.5 Resultados de la búsqueda del descriptor “TDAH, conducta e intervención familiar”	Pág. 22 - 24
4.6 Resultados de la búsqueda del descriptor “TDAH, conducta e inclusión”.....	Pág. 24 - 26
5. Discusión y conclusiones.....	Pág. 26 – 28
6. Referencias bibliográficas.....	Pág. 28 - 30

1. INTRODUCCIÓN

En este trabajo de TFG vamos a abordar el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), centrándonos en el aspecto conductual durante el período de la infancia en las aulas de educación infantil.

Cuando hacemos referencia al alumnado con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo, tomamos como punto de partida el Decreto 25/2018, por el que se regula la atención a la diversidad en el ámbito de las enseñanzas no universitarias de la Comunidad Autónoma de Canarias. Este decreto entiende por alumnado «con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo» (NEAE), aquel que presenta Necesidades Educativas Especiales u otras necesidades educativas por Dificultades Específicas de Aprendizaje (DEA), por Trastornos por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH), por Especiales Condiciones Personales o de Historia Escolar (ECOPHE), por Incorporación Tardía al Sistema Educativo (INTARSE) o por Altas Capacidades Intelectuales (ALCAIN), y que puedan requerir determinados apoyos en parte o a lo largo de su escolarización. Este decreto, define el TDAH como una necesidad específica de apoyo educativo caracterizada por una persistente desatención, hiperactividad o impulsividad, o por la combinación de ellas, que repercute negativamente en su participación en las actividades escolares y en su relación con los demás.

El TDAH es considerado un trastorno del neurodesarrollo, con base genética y elevada heredabilidad, en el que se hallan implicados diversos factores neuropsicológicos, que provocan en el niño alteraciones de la atención, impulsividad y sobreactividad motora (Barkley, 1990; Faraone, 2002).

Este tipo de trastorno es una realidad con una incidencia significativa en la población infantil, y en la que se trabaja desde diferentes ámbitos profesionales para poder llegar a abordar la problemática que existe. En la etapa de educación infantil es donde las posibilidades de detectarlo a tiempo y conseguir una mejora son aún mayores, que si se detecta de adulto.

Así mismo, señalar que dentro del proceso educativo el papel del personal docente toma una gran relevancia, ya que como afirma Castaño (2010), la expresión "atención a la diversidad" no se refiere únicamente a un grupo aislado de alumnos, sino a todos y cada uno de los alumnos que formen parte del grupo-aula, ya que cada uno de ellos son diferentes, se enfrentan al aprendizaje con diferentes intereses y motivaciones, cada uno con diversas capacidades, en aulas diferentes y con distintos profesores.

2. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

2.1 Evolución histórica del concepto de hiperactividad.

A lo largo de la historia han sido numerosas las definiciones que se le han dado a este trastorno: La primera descripción del comportamiento de niños hiperactivos, fue la realizada en 1845 por el médico alemán Heinrich Hoffman, en el libro infantil *Struwwelpeter* (Hoffman, 1945), en el que describe a un niño que no puede estar quieto cuando está sentado. En 1887, Bourneville describe a “niños inestables” caracterizados por una inquietud física y psíquica exagerada; una actitud destructiva, a la que se suma un leve retraso mental. Y en 1901, J. Demoor señala la presencia de niños muy hábiles comportamentalmente, que precisan moverse constantemente y que se asocian a una clara dificultad atencional. Medio siglo después de la descripción realizada por Hoffman, en el año 1902, la revista británica *Lancet* publicó el artículo del médico pediatra, George Still (2001), que aseguraba haber observado niños con una “discapacidad en la fuerza de voluntad” y una evidente incapacidad para concentrarse.

A Still se le atribuye la primera descripción científica de conductas impulsivas y agresivas, de lo que él denominaba “defectos del control moral”, una etiqueta normal para aquella época (Menéndez Benavente, 2001). En 1908, el catedrático español Augusto Vidal Perera en su *Compendio de Psiquiatría Infantil* (Vidal Parera, 1908), incluye una descripción del comportamiento de los niños que hoy serían diagnosticados como hiperactivos y cambia el sentido de la interpretación de estos trastornos de conducta al darles consideración de enfermedad y no de problema ético. Dando a conocer a los pedagogos la necesidad de tratar, no castigar, a los niños que hasta entonces eran maltratados en las aulas por motivos diversos: distracciones, ensimismamiento, atolondramiento. En 1934, los estudios de Hohman, Khan y Cohen, indican que tras problemas cerebrales como una encefalitis o una lesión cerebral se producían los mismos síntomas observados por Still en sus niños impulsivos, por lo que atribuyeron la hiperactividad a una enfermedad neurológica denominándose síndrome de lesión cerebral humana (Polaino Lorente et. al, 1997) o síndrome de Impulsividad orgánica. Posteriormente, en 1962, Clements y Peters (Clements, 1966) lo sustituyeron por el término disfunción cerebral mínima caracterizada por hiperactividad, déficit de atención, bajo control de impulsos, agresividad, fracaso escolar y labilidad emocional.

De esta manera, la etiología no sería una lesión cerebral concreta, sino una disfunción general, sin ningún tipo de patología constatable. La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) resalta especialmente que la hiperactividad es un síntoma ajeno a lesiones cerebrales e introduce en el DSM-II (1968) el término reacción hiperkinética de la infancia. En 1970 Virginia Douglas señaló que la dificultad para mantener la atención y la impulsividad, asociadas a una deficiente autorregulación, era la clave de estos trastornos. Desde el Instituto McGill de Canadá (Douglas, 1983; Douglas, 1989), la Dra. Douglas revolucionó lo que hasta ese momento se definía como síndrome reactivo

hiperkinético e impulsó el término TDAH, que utilizamos hoy día. Teniendo como base sus afirmaciones y postulados teóricos la APA introduce en 1980 (DSM-III) el término déficit de atención con y sin hiperactividad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone en 1992 el término Trastorno hiperkinético (CIE-10). En el DSM-IV (1994) se introducen tres subtipos, y se mantienen en la 4ª revisión del 2000 (traducida al castellano en el 2002). En mayo del 2013 aparece el DSM-5 en su versión inglesa y un año después aparece traducido al castellano. Las diferencias entre el DSM-5 y el DSM-IV no son muy significativas en cuanto al TDAH se refiere, pero lo explicaremos con más detalle en el próximo capítulo, dedicado al diagnóstico de este trastorno. Actualmente está muy generalizada la aceptación de la implicación de las funciones ejecutivas en el TDAH. Aquellas funciones implicadas en los procesos de orden superior, tales como la memoria operativa, planificación, autorregulación y secuenciación de la conducta, inhibición de respuestas y flexibilidad cognitiva (Tannock, 1998). Siendo la definición del TDAH como un déficit en el control inhibitorio de Barkley (1997) una de las más aceptadas.

TABLA 1: Síntesis histórica de la evolución del concepto de hiperactividad

AÑO	AUTOR	REFERENCIAS
PRIMERAS EXPLICACIONES MÉDICAS		
1902	Still	Defecto del control moral.
1908	Tredgold	Enfermedad neuropática.
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
TRASTORNO HIPERCINÉTICO		
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
1947	Strauss y Lehtinen	Síndrome de daño cerebral infantil
1956	Hof	Trastorno Hiperkinético.
1960	Chess	Trastorno Hiperkinético.
1968	DSM-II	Reacción Hiperkinética de la infancia
1972	Douglas	Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad.
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 Hiperactivos).
1994/2000	DSM-IV	TDAH.

2.2 Visión general sobre el trastorno por déficit de atención por hiperactividad.

El TDAH es un trastorno que se inicia en la infancia, que comprende un patrón persistente de conductas de desatención, hiperactividad e impulsividad. Se considera que el trastorno está presente cuando estas conductas tienen mayor frecuencia e intensidad de lo que es habitual según la edad y el desarrollo de la persona, y tales manifestaciones interfieren de forma significativa en el rendimiento escolar o laboral, y en sus actividades cotidianas (DSM-IV-TR, 2001)10.

Se trata de uno de los problemas del neurodesarrollo más diagnosticados en los últimos años en la población infanto-juvenil (Barkley, 2011). Aunque las cifras existentes son dispares, están situadas entre el 2 y el 15%, la mayoría de los estudios indican que este tipo de trastorno afecta al 5% de los niños en edad escolar (6% en niños y el 3% adolescentes). La disminución que se produce en la adolescencia se debe a que la expresión de las conductas impulsivas e hiperactividad va disminuyendo, pero el déficit de atención tiende a mantenerse a lo largo del tiempo. La distribución por sexos se extiende aproximadamente entre 4 niños de cada niña.

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es una patología de etiología compleja y multifactorial. Se postulan varias hipótesis etiológicas vinculadas al TDAH: la genética y ambiental, la neurobiológica y la neurotransmisora. Aunque se desconoce la causa exacta de esta enfermedad, los estudios más recientes apuntan a que puede ser el resultado de la interacción de estos cuatro factores a diferentes niveles.

Múltiples factores genéticos y ambientales de pequeño efecto actúan juntos para crear un espectro de riesgo neurobiológico, produciendo alteraciones en la estructura, en la función cerebral y en los procesos cognitivos que favorecen la aparición del TDAH.

El ambiente postnatal también tiene un papel importante en el modelo, tanto por influencias secundarias directas en el proceso cerebral (p.e., agentes tóxicos, fármacos) como por mediadores o moderadores en un ciclo recíproco de interacción (p.e., dificultad en la crianza).

Los síntomas, normalmente surgen ya en la primera infancia, son de naturaleza relativamente crónica y no pueden explicarse por ningún déficit neurológico importante ni por otros de tipo sensorial, motor o del habla, retraso mental o trastornos emocionales graves. Según R.A. Barkley, estas dificultades guardan relación con una dificultad para seguir lo que él llama conductas gobernadas por reglas (CGR) y con dificultades en tareas de atención sostenida (Barkley, 1990).

Los niños con TDAH tienen dificultades para prestar atención, presentan un comportamiento impulsivo y, en algunos casos, son hiperactivos. Los síntomas frecuentemente coexisten con otros de carácter emocional, comportamental y cognitivo, además de, dificultades de aprendizaje, trastorno negativista desafiante, trastorno de conducta, depresión, ansiedad y cambios en el estado del ánimo. Situándose la prevalencia entre el 6-9% en niños y adolescentes, siendo por tanto muy común en esta población (Faraone, 2003).

Entre los indicadores tempranos de hiperactividad destacan: descargas mioclónicas durante el sueño, alteraciones en el ritmo circadiano, elevada reactividad ante estímulos auditivos, resistencia a los cuidados cotidianos, actividad motriz excesiva, poca conciencia del peligro, dificultades en la adaptación social, un estilo cognitivo irreflexivo, falta de control motriz, fluctuaciones atencionales y agresividad (Risueño, 2001). La literatura científica aporta fundamentos sólidos acerca de sus bases neurobiológicas: alta heredabilidad, identificación de varios genes implicados en su etiología; perfil neuropsicológico caracterizado por evidencias de disfunción ejecutiva, desregulación motivación/recompensa, déficits en activación; alteraciones estructurales y de funcionamiento de la corteza prefrontal (CPF) y sus conexiones con el striatum y cerebelo; desbalances de los sistemas dopaminérgico y noradrenérgico, blancos de los tratamientos farmacológicos (López, Rodillo & Kleinstüber, 2008).

Según el predominio de uno u otro síntoma, el DSM-V (2013) reconoce 3 “subtipos” de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad:

- Tipo con predominio del déficit de atención.
- Tipo con predominio hiperactivo-impulsivo.
- Tipo combinado.

Tipo con predominio del déficit de atención (TDAH-DA)

Tan sólo aparece el primer síntoma descrito (Déficit de Atención) en los 6 últimos meses. Presentan un proceso cognitivo más lento de lo esperado para su edad y cociente intelectual. Parece que están “en las nubes”. Suelen ser hipoactivos o hipoactivas y más autocontrolados o auto-controladas en las relaciones sociales, por lo que es menos frecuente que se presenten a la larga Trastorno Negativista y Desafiante.

Actualmente, existen escasos diagnósticos de este tipo, y es superior en el sexo femenino.

Tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (TDAH-HI)

Tan sólo aparecen síntomas de hiperactividad y/o impulsividad, sin que existan signos de falta de atención, en los 6 últimos meses. Se diagnostican más varones con esta sintomatología y los problemas escolares, sobre todo, a nivel relacional son más abundantes. La hiperactividad disminuye 1 En la actualidad, el DSM-IV-RV está en proceso de revisión para ser sustituido por el DSM-V. Con la edad, y puede permanecer en forma de “sentimiento subjetivo de inquietud”. Cuando la impulsividad es un síntoma predominante, es más vulnerable a manifestar conductas agresivas.

Tipo combinado (TDAH-C)

Predominan síntomas, tanto de atención como de hiperactividad e impulsividad. Los resultados académicos de estos alumnos y alumnas son muy deficitarios, y sus interacciones sociales están marcadas por la falta de control y su inestabilidad emocional. Existen mayores probabilidades de continuar con este Trastorno en la edad adulta y/o derivar en Trastorno Negativista y Desafiante o Trastorno Disocial.

2.3 La conducta ante el déficit de atención.

El alumnado con TDAH tienen problemas de comportamiento que son tan frecuentes y graves que interfieren con su capacidad de vivir con normalidad. Esta afección afecta el comportamiento de forma concreta en el niño. Con frecuencia tienen problemas para relacionarse con los demás incluidos sus propios hermanos, generalmente tienen problemas para aprender. Su naturaleza impulsiva puede ponerlos en peligro físicos en diferentes ocasiones y es por ello que se les suele etiquetar como “niños malos”.

Tanto los niños como los adolescentes con TDAH asociados a un trastorno negativista desafiante o a un trastorno disocial, tienen mayor riesgo de desarrollar en un futuro un trastorno antisocial. Por regla general, la respuesta conductual de estos niños implica:

- Se enfada frecuentemente
- Contesta de malas maneras
- Desafía con la postura y con la mirada
- No obedece o se resiste a obedecer
- Culpa a los demás de lo que hace él
- Se muestra rencoroso y vengativo
- Miente

- Se muestra cruel con sus compañeros, sus hermanos, animales...
- Comete hurtos

Estos comportamientos desbordan, que el niño conteste mal y se niegue a obedecer, genera sentimientos de malestar, de incompetencia, de pérdida de autoridad en los educadores y familiares los cuales en un intento de recuperarse se imponen.

2.4 La intervención educativa del alumnado con TDAH.

El proceso de intervención educativa desarrollado en la escuela debe contemplar las adaptaciones que se consideren necesarias, entre las que deberían figurar algunas o todas de las siguientes pautas y acciones (Mena, 2007, p 178).

- Utilizar técnicas de modificación de conducta: reforzamiento positivo, sistemas de economía de fichas, modelado, extinción, coste de respuesta, técnica del tiempo-fuera, sobrecorrección, etc.
- Enseñar al niño o adolescente técnicas de entrenamiento en autocontrol, resolución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales o técnicas de relajación.
- Definir claramente y de forma conjunta con el niño o adolescente los objetivos a corto y largo plazo, tanto los que refieren a los contenidos curriculares como a su comportamiento en la escuela.
- Adecuar el entorno y controlar el nivel de distractores en el aula, situando al niño o adolescente en un lugar donde pueda ser supervisado fácilmente y alejado de los estímulos que le puedan distraer.
- Ajustar las tareas y expectativas a las características del niño o adolescente reduciendo, si fuera necesario, el nivel de exigencia o simplificando las instrucciones que se le dan para llevar a cabo las tareas, mediante instrucciones breves, simples y claras.
- Adecuar las formas de evaluación, modificando la manera de administrar y evaluar las pruebas y exámenes.
- Complementar las instrucciones orales con instrucciones y recordatorios visuales.
- Ofrecer al niño o adolescente sistemas de ayuda para el control diario de sus tareas y el cumplimiento de trabajos a corto y largo plazo (control de la agenda, recordatorios, etc.).
- Procurar un adecuado nivel de motivación en el alumno ofreciendo retroalimentación frecuente sobre sus mejoras en el comportamiento y su esfuerzo.

Los docentes son a menudo los primeros en identificar a un niño o adolescente con TDAH. Aquellos que carezcan de formación sobre el trastorno podrían no valorar adecuadamente las señales de alerta. En este sentido, los programas de formación a docentes deberían incluir:

- Información general sobre el trastorno: sintomatología, comorbilidad, naturaleza, incidencia, evolución, pronóstico, tratamiento y repercusiones sobre el comportamiento y el aprendizaje.
- Técnicas de modificación de conducta dirigidas a incrementar o mantener comportamientos deseables y a eliminar o reducir comportamientos no deseables en el niño o adolescente con TDAH.
- Técnicas cognitivas: para el aprendizaje y práctica de autoinstrucciones y entrenamiento en autocontrol en niños y adolescentes con TDAH.
- Estrategias educativas con adaptaciones dirigidas a mejorar el funcionamiento en el aula y el aprendizaje.

3. PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

Este TFG del Grado de Educación Infantil consiste en la revisión teórica en torno al estudio de la conducta del alumnado con TDAH. Hemos indagado en el marco epistemológico así como en los contenidos referentes a dicha cuestión, acudiendo a una serie de descriptores específicos que se reflejan de manera detallada. De esta manera, este proyecto recoge diversos objetivos para llevar a cabo el presente estudio y que disponemos a continuación:

- Recopilar toda la información necesaria acerca del TDAH para crear y organizar un marco teórico.
- Dar a conocer las características conductuales que puede llegar a sufrir un niño o niña con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el aula de Educación Infantil.
- Poder orientar tanto a padres como a profesores a minimizar los efectos que se puedan llegar a producir.
- Reflexionar y analizar acerca de la importancia de investigar el campo del TDAH, tanto en el ámbito educativo como familiar, no sólo como un elemento acotado a dichos ámbitos, sino como una cuestión que atañe a todo el eje de interacción social.

Todo trabajo de investigación debe tener una serie de **herramientas** que nos permitan captar información, organizarla y vertebrarla para finalmente disponerla en un contenido didáctico, que permita la ampliación de conocimiento y el aporte de nuevos análisis y perspectivas. En este sentido la principal herramienta que hemos utilizado para realizar el trabajo ha sido el *Punto Q* de la biblioteca de la ULL, sus bases de datos, libros, revistas y libros electrónicos.

El campo de investigación bibliográfico y de diversos contenidos ha sido una amplitud ilimitada. Sin embargo, hemos tenido que establecer un **periodo de tiempo** más acotado, que nos permita realizar un análisis más ordenado y actualizado acerca del

tema en cuestión. En este sentido, hemos circunscrito nuestra búsqueda de información a los últimos diez años, quedando la búsqueda restringida desde el año 2010 al 2019.

En cuanto al **idioma**, nos hemos centrado en el castellano, tanto como para la obtención de información desde los diversos artículos, textos, libros, webs, etc., como para el elaboración de este trabajo de fin de grado.

El procedimiento de búsqueda de contenidos lo hemos basado en una selección previa de descriptores que disponen de contenidos inherentes al tema central. Debemos puntualizar que las siglas TDAH ha dado más resultados en la búsqueda que el concepto completo *trastorno por déficit de atención e hiperactividad*.

A modo de resumen, las búsquedas efectivas que realizamos fueron las siguientes:

En la base de datos DIALNET, buscamos como descriptores:

- TDAH
- TDAH, conducta y Educación infantil
- TDAH y conducta
- TDAH y problemas de conducta e intervención educativa

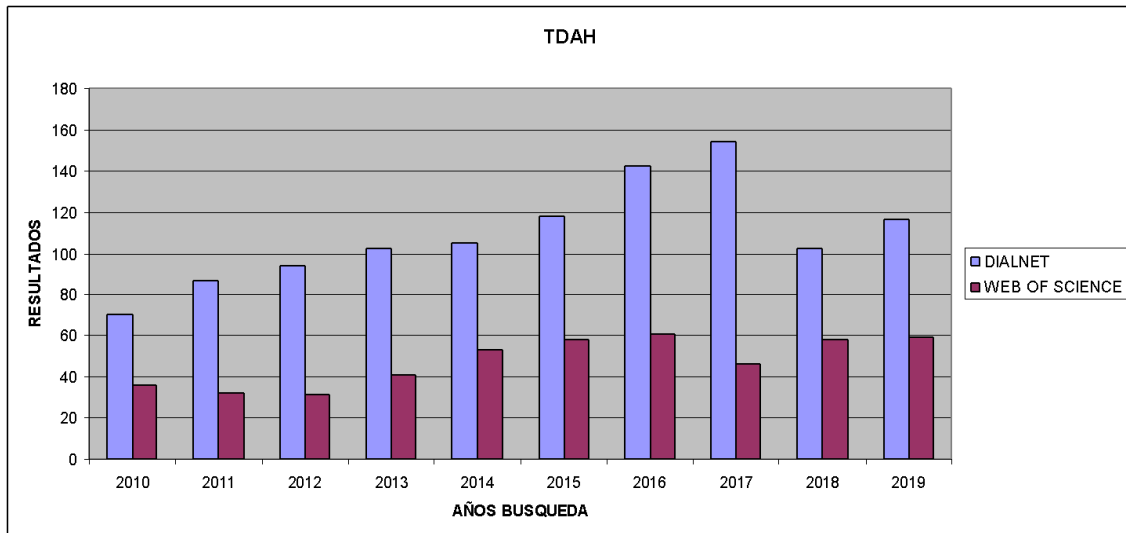
En la base de datos WEB OF SCIENCE, buscamos los descriptores:

- TDAH, conducta e intervención familiar
- TDAH, conducta e inclusión

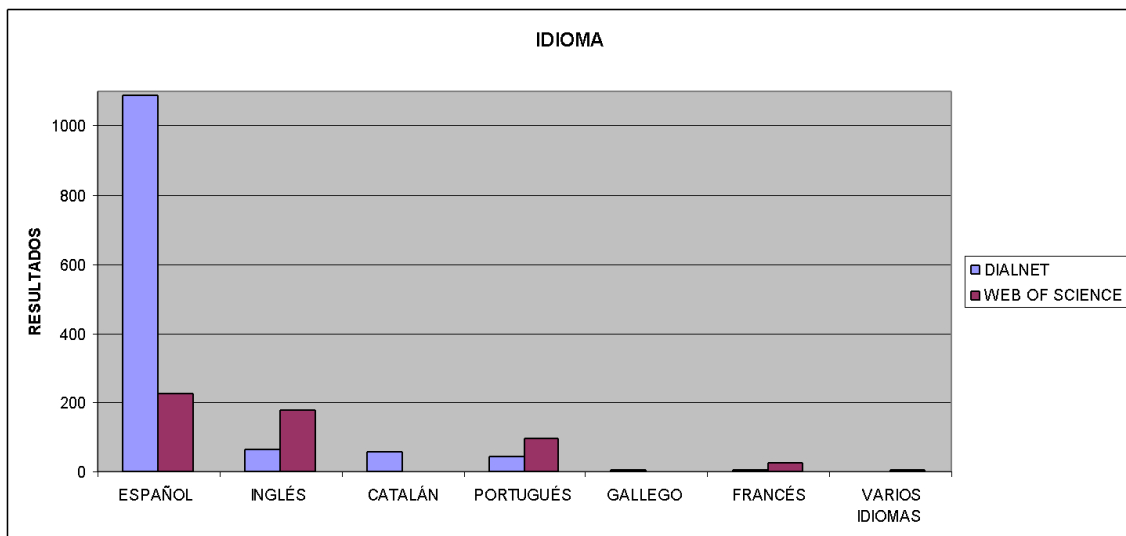
Por último señalar que dentro de cada descriptor se ha elegido y analizado un artículo, el más significativo de las búsquedas realizadas.

4. RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA.

En la gráfica observamos el volumen de contenidos en un periodo que va desde 2010 hasta 2019. Se aprecia una evolución al alza en cuanto a los resultados de Dialnet, pasando de 50 a cerca de 160 resultados en 2017, a partir de ahí se dispone una descenso hasta el centenar de resultados. En cuanto a la Web of Science, sus resultados se mantienen en torno al medio centenar, siguiendo una pauta regular.



Como hemos citado a lo largo del trabajo, hemos centrado nuestro método de búsqueda en el punto Q de la web de la Universidad de La Laguna, concretamente hemos abarcado los entornos de Dialnet, el cual es un sistema abierto de información de revistas publicadas en castellano, documentales, suscripciones, búsqueda de documentos, alertas, catálogos; y Web of Science, plataforma que comprende bases de datos multidisciplinares de información bibliográfica de varios índices de citas, así como otros recursos adicionales que van desde herramientas de evaluación y análisis del impacto de la investigación, hasta un gestor bibliográfico.

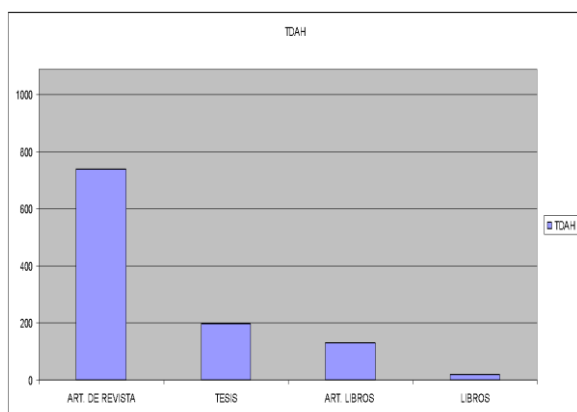


En ambas plataformas hemos analizado los contenidos en relación al idioma en el que se disponen. Los resultados muestran una notoria prevalencia de las búsquedas en español, seguidos muy de lejos de inglés y portugués. En francés, gallego y otros

idiomas, la búsqueda es prácticamente residual. Llama la atención que en el idioma catalán solo se disponen búsquedas en torno a la plataforma Dialnet. En el idioma prevalente, el español, la Web of Science destaca con más de mil resultados, frente a los doscientos de Dialnet, la cual en el resto de idiomas sí se muestra ligeramente superior sobre la primera.

4.1 Resultados de la búsqueda del descriptor: “TDAH”

4.1.1. Análisis de la búsqueda del descriptor



En la búsqueda realizada en torno al término TDAH de forma global, aparecen un total de 1088 documentos, de los cuales, 737 artículos de revistas, 199 tesis, 131 artículos de libros y 21 libros.

4.1.2. Bibliografía seleccionada para el descriptor

Usando este descriptor en la base de datos Dialnet nos aparecen múltiples resultados, hemos elegido para nuestro análisis los contenidos de un libro, concretamente la obra de Folgar, I. M. (2013). *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*. En su apartado 13 nos plantea la relación de los padres, madres y profesorado como con terapeutas de los niños con TDAH, describiendo la influencia sobre estos así como una metodología de comportamiento, tratamiento y actuación sobre el alumno y su problemática.

El TDAH debe involucrar a todo el entorno del niño, y más al ámbito familiar, se le debe brindar todo el apoyo didáctico, pedagógico y psicológico para afrontar la educación del niño, ya que a menudo dicho trastorno influye negativamente en las relaciones intrafamiliares, ya sea por frustración o por las escasas competencias adquiridas por parte de los padres a la hora de proceder con sus hijos.

Los padres desarrollan una serie de reacciones comunes al diagnóstico del trastorno, como desconcierto, negación, enfado, culpa, miedo, rechazo, impotencia y desamparo, desilusión, alivio, compensación, aceptación con respuesta poco eficaz, etc.

Es importante subrayar que no se vive este proceso de igual manera en todos los miembros del ámbito familiar, y que trasciende al resto de ámbitos, influyendo de una manera multimodal. Este tratamiento multimodal viene determinado por una serie de dimensiones: familiar, emocional, laboral y económica. Se desarrolla estrés, conflictos y tensiones en el entorno familiar por la forma de abordar el trastorno; emocionalmente aparece sentimiento de culpabilidad, ansiedad y desarrollo de comorbilidades entre padres y niños, incertidumbre por el futuro incierto; laboralmente repercute en el rendimiento de los progenitores incluso disminuyendo la jornada de trabajo o dejación del mismo; esto conlleva una reducción de ingresos a la vez que se incrementa el gasto derivado del tratamiento del propio trastorno.

Es necesaria la búsqueda de una evaluación y tratamiento por medio de profesionales, y a su vez de un programa de aprendizaje para los padres. En este sentido, varias investigaciones (Donenberg y Baker, 1993); (Roselló et al. 2003) subrayan que todos los padres inicialmente perciben que la convivencia con su hijo hiperactivo resulta estresante, y ejerce una evolución negativa en el entorno familiar cercano. Por ello, es importante afrontarlo desde el diagnóstico bajo un paradigma profesional, que trate la hiperactividad del niño pero que a su vez se ocupe del resto del ámbito familiar en el que convive.

Así pues, se disponen técnicas para que los padres afronten la educación del hijo. Se deben generar expectativas y límites claros y consistentes, estableciendo un sistema de disciplina efectivo. Igualmente hay que crear un plan de modificación de conducta y ayudar al niño en las relaciones sociales. Se debe aprender a conocer y diagnosticar las fortalezas del niño, para transmitirle un sentido de orgullo y que su autoestima sea positiva. Conciliar la vida laboral con el tiempo dedicado al niño, separar un tiempo especial diario para relacionarse en exclusiva con él. Por último, es fundamental la mejora de las relaciones intrafamiliares, tanto con la pareja como con los hermanos, u otros convivientes, si existiera el caso.

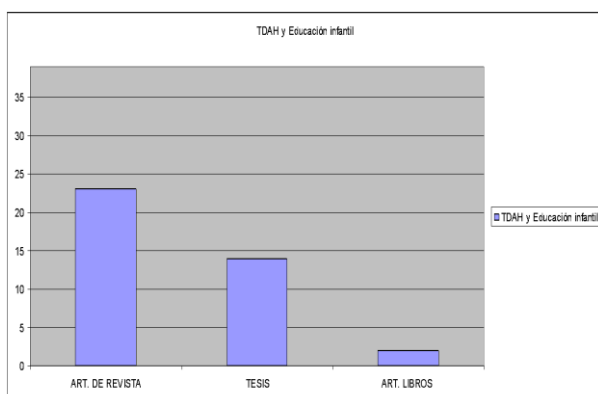
El TDAH tiende a ser percibido más por los padres que en el ámbito escolar. Hay diversas señales o conductas en el niño que permiten atisbar el trastorno. Impulsividad, altos niveles de energía, aburrimiento excesivo,..., son comportamientos que nos indican un grado de hiperactividad. En este sentido, existen tres conceptos comunes en su conducta: la *novedad*, ellos tienen a centrarse en el evento nuevo, lo cual hace que tenga dificultad para aislar un evento de otro; el *presente continuo*, el niño tiene una escasa perspectiva del pasado y futuro, se centra en el ahora; y por último, la necesidad de *actividad física* desmesurada. Otro de los aspectos importantes a tener en cuenta es el capítulo de reacciones, como el aislamiento y enfado, la frustración y baja autoestima cuando consigue lo que requiere.

El fomento de la autoestima es fundamental, en los diferentes entornos a menudo se le trata negativamente, con malos comentarios o con rechazo social. De hecho, hay estudios que certifican que el niño hiperactivo se considera asimismo con mayor negatividad que el resto del entorno, siendo más impopulares e infelices que otros niños de su edad. Esto se debe a diferentes motivos: la dificultad para controlar su conducta hace que tenga problemas en sus relaciones con los demás, ya sea, amigos, familiares o educadores; generalmente cuando afronta tareas escolares se da cuenta que le cuesta más que otros niños, se suelen equivocar más que el resto e intentan agradar a los demás, pero sus resultados no siempre son satisfactorios, alimentando su frustración; los hiperactivos son muy cambiantes en su comportamiento, pueden reflejar inmadurez en ocasiones y en otras todo lo contrario, lo cual frustra y desconcierta a los padres, los cuales infligen información negativa por su comportamientos; los adultos a veces le liberan de tareas por miedo a que no las resuelven bien y aumenta la frustración del niño, lo cual ahonda en el sentimiento de incapacidad e inseguridad del niño.

La autoestima es un valor que se puede trabajar, cimentar su crecimiento es crucial, y para ello se disponen una serie de pautas que pueden ayudar a ello. Un diagnóstico y tratamiento precoz son importantes, así como explicarle al niño qué le pasa y la realidad de la situación, así la aceptación será más rápida y por tanto el desarrollo del tratamiento para mejorar. Hay que darle mensajes positivos, creer en él y hacérselo saber, explicarle en qué cosas es bueno e instándole a mejorar en las que le cuestan, a afrontar las dificultades sobre la base del esfuerzo. Es importante ayudarle a analizar sus propias limitaciones y estimular el sentido de responsabilidad, para que se sienta integrado y no como un elemento aislado en sus entornos de convivencia, la sobreprotección o el evitar situaciones dificultosas para él no son una buena opción. Él tiene que entender que es normal cometer errores, y no hay que rechazar aquellas situaciones que merezcan esfuerzo.

4.2 Resultado de la búsqueda del descriptor: “TDAH, conducta y Educación infantil”

4.2.1. Análisis de la búsqueda del descriptor



En la búsqueda realizada en torno al término TDAH Y Educación infantil de forma global, aparecen un total de 39 documentos de los cuales, 23 son artículos de revista, 14 tesis, 2 artículos de libros.

4.2.2. Bibliografía seleccionada para el descriptor

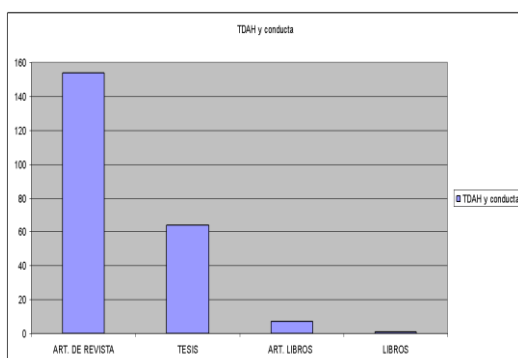
Según la tesis doctoral de García Garrido, J. V. (2013). *Perfil curricular y conductual de escolares con TDAH durante la Educación Infantil*. El TDAH presenta problemas adyacentes en relación a su rendimiento escolar, así como a las relaciones sociales que se derivan de dicho ámbito. En edades tempranas como los cursos preescolares, los niños inician su actividad social en el entorno sin las habilidades necesarias en cuanto a comunicación y conducta, para llevar a cabo una adecuada interacción. No todas las conductas inadecuadas proceden del TDAH, siendo en gran medida corregidas con el paso de los primeros cursos sin necesidad de tratamientos específicos. Sin embargo, si se han detectado ciertas actitudes en los alumnos con hiperactividad que nos inducen a plantearnos la posibilidad de que padecen dicho trastorno, mostrándose menos sensibles a las necesidades de los demás, menos considerados y cooperativos. Esta falta de atención y aislamiento social pueden provocar rechazo del resto de compañeros, con lo cual es importante mejorar en la precocidad de la detección TDAH.

Los niños con TDAH disponen una mayor medida de comportamientos negativos, más problemas de conducta, y mayores niveles de incumplimiento de órdenes que sus compañeros en situaciones sociales y de trabajo escolar. Las mayores diferencias se observaban durante las actividades no regladas, lejos de la organización y disciplina del aula, por ejemplo, en los ámbito de de juego libre. Existen estudios acerca de los comportamientos en dichos entornos, estas actividades de juego fueron estudiadas por Alessandri (1992) con una muestra de niños que presentaban TDAH y otros 20 alumnos control. Mediante la observación y grabación de las conductas, observó que los alumnos con TDAH presentaban menos juego y con características más primarias y menos simbólicas (movimientos repetitivos o movimientos de los objetos), más conductas de movimiento y cambios de actividad, así como menos habilidades cooperativas y de conversación en el grupo que sus iguales.

Por último destacar que estos problemas de conducta resultan evidentes y reconocibles con premura ya que el resto de compañeros a menudo los clasifican como alumnos no populares, así que son fácilmente detectables. Si estas conductas no son tratadas prematuramente los efectos a largo plazo resultan evidentes, teniendo en cuenta que solo una minoría de niños que presentan TDAH durante los años preescolares, está bien ajustado socialmente durante la adolescencia (Lee, Lahey, Owens y Hinshaw, 2007).

4.3 Resultado de la búsqueda del descriptor “TDAH y conducta”

4.3.1. Análisis de la búsqueda del descriptor



En la búsqueda realizada en torno al término TDAH y conducta de forma global, aparecen un total de 226 documentos, 154 artículos de revista, 64 tesis, 7 artículos de libro y 1 libro.

4.3.2. Bibliografía seleccionada para el descriptor

Para este análisis hemos elegido una revista latinoamericana de psicología, escrita por Reyes Sandoval, A.M. & Acuña, L. (2012) Juicios de maestros sobre las conductas características del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

El TDAH es un trastorno cuya identificación en los alumnos en sus primeros cursos escolares por parte de los maestros no resulta sencilla. De hecho influyen diversos factores entorno a los perfiles de los maestros que reflejan diferencias de criterios en la detección y clasificación del trastorno. Aspectos como la edad, el sexo, la situación socioeconómica o cultural del docente influye a la hora de que éste tome la determinación de clasificar a un alumno como hiperactivo.

Diversos estudios han tenido como propósito averiguar la relación entre el sexo, edad y nivel socioeconómico de maestros de primaria, así como del grado de primaria en el que enseñaban, el tipo de escuela en la que trabajaban y el tamaño del grupo que atendían, sobre la frecuencia con la que consideraban apropiado que un niño “normal” emita las conductas características del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

El que un niño sea etiquetado con TDAH por parte de su maestro, dependerá de ciertas características del propio maestro como su sexo, edad o nivel socioeconómico y de ciertas circunstancias como el grado escolar que enseña, el tamaño del grupo que atiende y el tipo de escuela en la que trabaja. Un niño etiquetado con TDAH por su maestra en una escuela puede no ser etiquetado por otro maestro en una escuela diferente.

Los resultados de este estudio concuerdan con los de investigaciones anteriores en las que se encontró que una misma conducta es juzgada como normal o apropiada

por algunas personas no sólo de diferentes culturas, sino de una misma cultura, mientras que otras personas la juzgan como anormal.

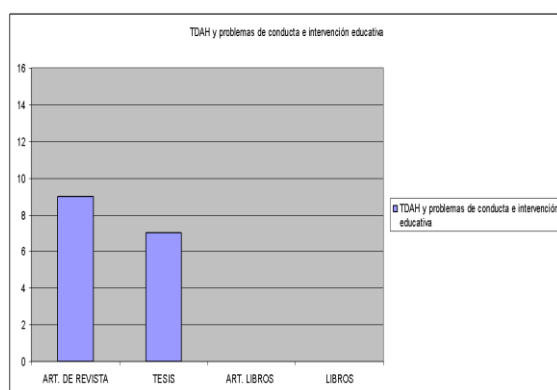
Así pues, diferentes estudios han reflejado que existen diferencias en la forma de abordar a los alumnos que presentan cuadros de conducta inapropiados. en este sentido, se puede concluir que considerando las variables sociodemográficas y situacionales estudiadas, generalmente los resultados del estudio dispusieron que las mujeres, los maestros jóvenes, de nivel socioeconómico medio, que enseñaban en 5º y 6º, que atendían grupos grandes y que laboraban en escuelas privadas juzgaron en mayor grado ciertas conductas como deficitarias o excesivas.

Estos resultados reflejan que estos dichos maestros estarán inclinados en mayor grado que sus contrapartes a etiquetar a un niño con TDAH. Cada docente tendrá su propia visión sobre qué conductas considerará como deficitarias en atención, excesivas en actividad y deficitarias de autocontrol. Esto aún cuando la mayoría de los maestros expresaron saber en qué consistía el TDAH.

Sería interesante que en estudios venideros se intentará averiguar la frecuencia con la que padres y profesionales docentes consideran normal la emisión de las conductas características del TDAH, así como comparar las respuestas de maestros, padres y profesionales de la salud de entorno de proximidad y respecto a personas de otros lugares para advertir las diferencias culturales respecto a lo que los adultos de cada país consideran como una conducta anormal.

4.4 Resultado de la búsqueda del descriptor “TDAH y problemas de conducta e intervención educativa”

4.4.1. Análisis de la búsqueda del descriptor



En la búsqueda realizada en torno al término TDAH y problemas de conducta e intervención educativa de forma global, aparecen un total de 16 resultados, 9 artículos de revista y 7 tesis.

4.4.2. Bibliografía seleccionada para el descriptor

El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad desemboca en diversos problemas de conducta en los sujetos que lo padecen, su comportamiento está continuamente influenciado por el propio trastorno. Frente a esto, la intervención educativa es esencial para ofrecer un programa de actuación eficaz, que modele las conductas inadecuadas y permita una mejoría en el desarrollo del trastorno. Hemos utilizado para este análisis el artículo de, Vázquez Giménez, L. E. (2017) Diseño de un plan de intervención para la participación de los padres en el proceso educativo de educandos con Trastorno por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador.

Es necesario un programa de intervención que permita abordar el TDAH en el ámbito escolar. El plan de actuación se estructura en fases concretas, primeramente con la información y formación de padres y profesores, pasando posteriormente al trabajo directo con los alumnos. Se disponen objetivos específicos, actividades adecuadas para su desarrollo y una metodología que estructure y organice el programa. Así pues, se debe disponer de conceptos de intervención como fundamentos del razonamiento, comprensión del lenguaje, razonamiento verbal y resolución de problemas; así como herramientas básicas para el control del comportamiento como:

- El refuerzo positivo, siendo 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 sentados en la silla, hablar bajito, repasar las tareas una vez finalizadas...). Para su aplicación, se tendrán en cuenta los siguientes puntos: elogiar conductas muy concretas, hacerlo siempre de forma sincera y verdadera («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 (adhesivos, cromos, postales...).
- La «extinción» es la mejor 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 razonar, no gesticular, actuar como si no pasara nada...).
- El «Tiempo fuera» Consiste en aislar al niño en un lugar carente de estímulos durante un periodo, después de que se dé una determinada conducta que queremos reducir (insultar, pegar, tener rabietas...).
- Las normas y los límites Un aspecto importante para el control de la disciplina dentro del aula será el establecimiento de unas buenas normas o límites. Éstas proporcionarán alrededor del niño un ambiente estructurado, le ayudarán a fomentar un mayor autocontrol, pues le indican qué se espera de él y las consecuencias que tiene no cumplir las normas, generando mayor seguridad. «Como sé que lo que estoy haciendo es correcto, me siento bien, y continúo así».

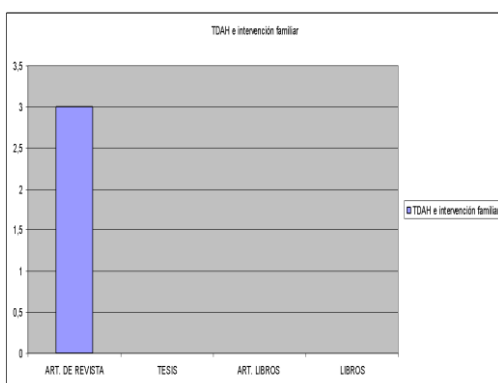
Los problemas de conducta se hacen más evidentes en el entorno escolar, en el medio donde se relaciona con otros individuos, ya sea profesores o alumnos, que se alejan de su núcleo de confort o de seguridad como puede ser el ámbito familiar. Las conductas de falta de atención, hiperactividad e impulsividad implican de forma habitual actitudes y comportamientos que a menudo se convierten en conflictos, como por ejemplo: molestar a los compañeros de clase, falta de atención, golpear, insultar, etc.

Estudios e investigaciones muestran que en situaciones de déficit de intervención educativa los padres evidencian un mayor desconocimiento del TDAH y mayor dificultad a la hora de afrontar el trastorno, provocando no solo un pero desarrollo de la conducta e interacciones sociales de su hijo, sino también, problemas en la convivencia intrafamiliar, conllevando degradación emocional, frustración, y consecuencias negativas en ámbitos como el laboral o dentro de las relaciones de pareja de los progenitores.

A partir de la intervención educativa, se evidenció un aumento de bases teóricas y herramientas prácticas de los padres, con respecto a los conocimientos previos sobre el trastorno. La alta prevalencia del trastorno y el desconocimiento de los padres conllevan a la falta de remisión de los escolares para tratamiento o intervención. Se puede concluir que la intervención educativa muestra una significativa efectividad al elevar el nivel de conocimientos de los padres respecto al TDAH, su manejo y remisión. La ganancia de conocimientos aporta mayor información y posibilita un diagnóstico y tratamiento oportuno, lo cual conlleva a la disminución del deterioro tanto escolar como psicosocial en los menores. Por tanto, la intervención educativa se debe vertebrar a partir de la combinación de sendos entornos, entre padres y docentes.

4.5 Resultado de la búsqueda del descriptor “TDAH, conducta e intervención familiar”

4.5.1. Análisis de la búsqueda del descriptor



En la búsqueda realizada en torno al término TDAH e intervención familiar de forma global, aparecen un total de 3 resultados, los cuales son artículos de revista.

4.5.2. Bibliografía seleccionada para el descriptor

Se ha tomado como referencia para la realización de este análisis a Enrique González, C., Torres Esperon, J. M., Alba Pérez, L., Crespo Borges, T., León Zamora, Y., & Alcántara Paisan, F. (2020). Intervención educativa en la comunidad para cuidadores de infantes con déficit de atención e hiperactividad.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es una perturbación del desarrollo neurológico en edades primarias que afecta a la conducta del niño, así como a sus relaciones sociales en sus diferentes ámbitos y su propia integración en los mismos. En este sentido, el entorno familiar y su intervención es crucial para la evolución del TDAH.

Los padres son sin duda el principal conector que tiene los niños con hiperactividad con el entorno social, además de ser el vehículo que conduce y ayuda a desarrollar la conducta e interacción del niño en sus ámbitos sociales. Los padres marcan las pautas de comportamiento, las reglas que definen la forma de actuar y reaccionar de los hijos ante la realidad del entorno. El TDAH no solo afecta al niño hiperactivo sino que involucra al núcleo de convivencia más cercano. El cuidado de infantes con TDAH ofrece numerosos retos y los cuidadores primarios usualmente reportan altos niveles de frustración en sus intentos de manejar y controlar su conducta, lo que repercute en su adaptación, afrontamiento y calidad de vida.

Por tanto, es importante el análisis de las relaciones intrafamiliares que giran en torno al TDAH, disponiéndose diversos estudios e investigaciones al respecto, si bien, generalmente se han centrado en la repercusión que pueden tener dichas interacciones sobre el sujeto hiperactivo y la evolución de su trastorno, la preparación para el cuidado o identificación de necesidades de los mismos, y no así a la adaptación, afrontamiento y calidad de vida de los cuidadores. Sin embargo, algunos estudios reconocen la afectación que provocan el cuidado y el uso de estrategias de afrontamiento inadecuadas en los padres e incluso en el resto de la unidad de convivencia.

Las herramientas utilizadas para conformar estas investigaciones se han centrado en aspectos como la medición del proceso de afrontamiento y adaptación, elaboración de escalas de dimensiones de calidad de vida y satisfacción en familiares cuidadores, entrevista abiertas con el objetivo de constatar las vivencias y experiencias de los cuidadores primarios en relación a su adaptación, afrontamiento, calidad de vida y satisfacción, etc., incluyendo cuestiones como:

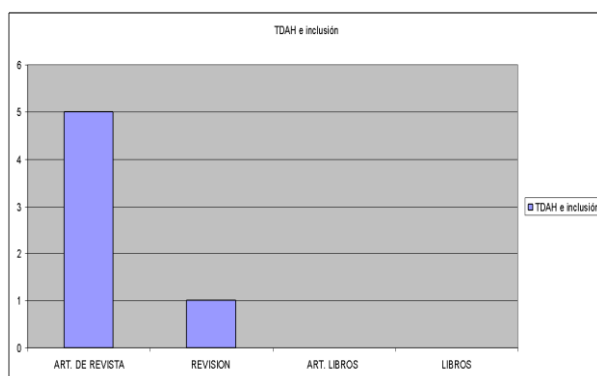
¿Cuáles son las principales afectaciones a su bienestar derivadas del cuidado al infante con TDAH? ¿Qué elementos usted considera que deben ser incluidos en una intervención para la mejora de su adaptación y bienestar, relacionados con el cuidado del infante?

En general, los resultados de los estudios e investigaciones certifican una mayor prevalencia de cuidadores primarios no adaptados y no capacitados para afrontar con garantías el TDAH de su hijo, con estrategias limitadas para la solución de problemas la orientación profesional. Muy pocos poseen inicialmente las herramientas o tienen claro las pautas de actuación frente al trastorno. Muestra actitudes activas-pasivas, utilizan la aceptación como estrategia, reflejar conocimiento crítico de la situación, intentar controlar la realidad y manejar las consecuencias, así como regular los aspectos emocionales; a la vez que practican estilos educativos inadecuados se culpan por la involución del infante y no logran mantener el equilibrio afectivo.

En este sentido, se hace necesaria la intervención profesional tanto con el niño como con los padres, para dotarlos de mejores herramientas desde la fase más precoz del trastorno, desarrollando claves que permiten la pronta detección del trastorno así como las pautas de comportamiento y educacionales que los cuidadores deben disponer al sujeto hiperactivo. Así pues, el objetivo en torno a la intervención familiar sobre el TDAH debe de sostenerse en las siguientes bases: incrementar conocimientos en los cuidadores primarios sobre las características del TDAH, síntomas, causas, comorbilidad, tratamiento y cuidados en la administración de fármacos.

4.6 Resultado de la búsqueda del descriptor “TDAH, conducta e inclusión”

4.6.1. Análisis de la búsqueda del descriptor



En la búsqueda realizada en torno al término TDAH e inclusión, aparecen un total de 6 resultados, 5 artículos y 1 revisión.

4.6.2. Bibliografía seleccionada para el descriptor

En el artículo de revista escrito por López Secanell, I. & Pastor Núñez, Sabina. (2019). Mindfulness y el abordaje del TDAH en el contexto educativo, se habla de los aspectos fundamentales en el tratamiento del TDAH es el proceso de inclusión del niño hiperactivo en sus entornos de socialización, principalmente en el ámbito escolar que es donde el alumno puede afrontar conductas de rechazo o aislamiento por parte de los otros alumnos. En este sentido, se han ido desarrollando técnicas eficaces para dotar al

profesorado de las herramientas necesarias para proferir a los alumnos hiperactivos de un buen desarrollo de la conducta, de interacción y de las capacidades cognitivas correspondientes. Esto debe estar apoyado o combinado con una formación idónea en el ámbito intrafamiliar para que ambos entornos trabajen en coherencia, la preparación de los padres para afrontar el trastorno del niño es fundamental.

En investigaciones inherentes a dicha cuestión se ha dispuesto una mayor evidencia científica a tratamientos estimulantes del sistema nervioso central, la modificación de la conducta y la combinación de los dos. En estos estudios se evidencia como los procedimientos más habituales de atención psicopedagógica en la escuela son: la utilización de técnicas de modificación de la conducta, técnicas cognitivo-conductuales, la formación de padres y la remisión de los niños a especialistas en medicina.

Aunque estos procedimientos pueden ser una herramienta eficaz para la mejor evolución y adaptación escolar de los niños con TDAH, pueden influir otros factores en el desarrollo y devenir del trastorno. Así pues, hay que tener en consideración otros aspectos como el nivel de gravedad inicial del trastorno comorbilidad con otros trastornos, el diagnóstico precoz, el perfil cognitivo-conductual y emocional de cada niño o niña, el ámbito socio-familiar, la influencia genética, dificultades de aprendizaje asociadas y el grado de éxito de las intervenciones llevadas a cabo.

García, Demarzo y Modrego (2017) explican la combinación de herramientas y consideraciones para la conformación de un paradigma integral, una visión conjunta del niño o niña con TDAH que tenga en cuenta todos estos factores. Generalmente, los tratamientos farmacológicos y conductuales son los más efectivos para este trastorno sin embargo, en los últimos años se ha incrementado el interés por tratamientos alternativos no farmacológicos a causa de la falta de efectividad de algunos tratamientos y sus efectos secundarios. Frente a esta concepción, dentro del ámbito de las intervenciones psicosociales, los programas basados en la práctica del *mindfulness* se presentan como un tratamiento alternativo psicológico apto, cuyos beneficios han sido probados en diversos estudios.

Los tratamientos basados en *mindfulness* han reflejado su eficacia contribuyendo de manera adyacente a la disposición de mejoras a nivel físico, emocional y cognitivo de los niños, respecto a la conciencia de su cuerpo, la gestión y autocontrol de las emociones y la mejora de la concentración y estimulación de la creatividad. Así pues, los beneficios físicos y psíquicos que aporta el *mindfulness* dan respuesta a la sintomatología propia del TDAH: inatención, hiperactividad e impulsividad. No obstante, aunque cada año se publican multitud de artículos que versan sobre la efectividad del *mindfulness* en el contexto educativo, pocos son los trabajos que muestran investigaciones sobre *mindfulness* realizadas en contextos educativos con casos de TDAH.

Las actividades de mindfulness se pueden clasificar en las siguientes categorías:

- Incorporación: proceso de toma conciencia de las sensaciones y las emociones que experimenta nuestro cuerpo y en el estado mental cuando nos movemos o hacemos actividades como yoga, danza, Pilates, etc.
- Atención: a través de ejercicios de meditación se centra la atención en las sensaciones de la respiración.
- Corazón pleno: mediante la imaginación visualizamos situaciones sociales e interacciones con otras personas con el fin de descubrir cómo nos afectan.
- Interconexión: se basa en ejercicios de meditación que centran en la atención a los fenómenos exteriores (sonidos, olores, sabores, etc.) y cómo éstos nos afectan a nivel interno.
- Inteligencia emocional: son ejercicios que facilitan ser testigos de nuestros juicios de valor, a reflejar nuestras proyecciones y trabajar con nuestras emociones a partir de la meditación.
- Comunicación mindful: se basa en descomponer pautas de comunicación viejas y dañinas, iniciando luego un proceso de redefinición a partir de la meditación y la reflexión.

Para fomentar la inclusión se deberían aplicar programas educativos inclusivos de mindfulness donde se tengan en cuenta las necesidades de todo el alumnado, independientemente si tiene TDAH o no. En este caso, se abre la necesidad de iniciar futuras investigaciones que vayan en línea a dar respuesta a este aspecto, y cómo este tipo de tratamientos repercute en la conducta del sujeto hiperactivo ante situaciones sociales, desde el punto de vista de su adaptación al medio donde se desenvuelve, y prestando especial atención en el ámbito escolar, ya que es allí donde su conducta se puede ver más afectada por la inadecuada interacción con otros niños, y además, donde se hacen más latentes los problemas derivados del TDAH, como el aislamiento y rechazo social, la inatención, la impunidad, etc.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este TFG parte de la necesidad de profundizar un poco más en el TDAH y concretamente en la conducta asociada a este trastorno. Después de analizar diferentes descriptores relacionados con el tema analizado, se puede señalar que la conducta en el TDAH es uno de los principales retos que debe abordar la familia y el profesorado. A su vez, la intervención educativa se considera determinante ante las implicaciones y repercusiones que se reflejan en el proceso y desarrollo educativo de los niños y niñas diagnosticados.

La temática analizada en este TFG se caracteriza por una gran complejidad, teniendo en cuenta que en la conducta intervienen aspectos biológicos como la fisiología, anatomía y funcionalidad cerebral, genética, etc.; factores psicológicos como la personalidad, experiencias vitales, actitudes, expectativas, motivaciones, conflictos, etc.; y de connotación ambiental, como la familia, la escuela, entorno social, etc. Sin embargo, hay que hacer hincapié en otro factor determinante, por su relevancia en el entorno escolar y por su condición de herramienta o vehículo modulador de las funciones cerebrales, del procesamiento de la información y de las experiencias o vivencias; se trata del aprendizaje, es decir, de las habilidades y destrezas adquiridas a posteriori, así como las normas o reglas de comportamiento desarrolladas durante la etapa educativa, tanto escolar como familiar.

La conducta negativa o poco adecuada se dispone como aquellas actitudes contrarias al *establishment* promulgado por la sociedad donde el sujeto interacciona, reglado por normas y límites de convivencia social, los cuales al ser ignorados o distorsionados por el niño hiperactivo, alteran el orden de los diferentes entornos donde convive, ya sea la escuela o el hogar, por parte del menor, o en el trabajo por ejemplo desde el punto de vista de los padres, los cuales también ven afectada su conducta fuera de la unidad de convivencia, trasladándose el problema de sujeto y de lugar.

Por tanto, las conductas problemáticas que caracterizan a los trastornos de conducta se sitúan fuera del sistema de normas social, y como resultado suelen desencadenar reacciones sociales en el entorno del sujeto como: rechazo, aislamiento, condena pública y social, castigos, estrés ambiental, respuestas desmedidas, exclusión social, prejuicios y etiquetaje, etc.

A veces no se aprecia con facilidad la frecuencia o la intensidad del trastorno de conducta, especialmente en los adolescentes, debido a que muchas de las cualidades necesarias para hacer el diagnóstico, tales como "actitud desafiante" y la "desobediencia de las reglas", pueden ser difíciles de definir. Para realizar un diagnóstico preciso, el comportamiento tiene que ser mucho más extremo que una simple rebeldía de adolescente o entusiasmo juvenil.

Cualquier niño o adolescente puede mostrar comportamientos problemáticos en determinados momentos, sin embargo, en algunos casos constituye una forma habitual de reaccionar e interactuar con los demás. Todos los niños se comportan mal algunas veces, e incluso muestran conductas y comportamientos problemáticos en mayor o menor grado, pero los trastornos de conducta van más allá del mal comportamiento y la rebelión.

En los casos de TC, el niño o el adolescente muestran comportamientos hostiles, agresivos o desordenados durante más de 6 meses de forma continua y en todos los

ambientes (escolar, social, familiar, etc.) Marcar estos límites entre lo "normal" o hiperactividad supone el principal reto a la hora de afrontar el trastorno, de ahí que numerosos estudios e investigaciones se hayan centrado en dicha cuestión.

Las herramientas o metodología que hemos de disponer para definir estas conductas y diferenciar un trastorno y su conducta derivada de un comportamiento no anómalo. En este sentido, se requiere de la observación sistematizada de los comportamientos, la frecuencia, la intensidad y los ámbitos donde aparecen, así como de sus consecuencias y el impacto de éstos en la vida del niño/a adolescente, y su entono. Frene a esto, la intervención educativa es primordial, no sólo para el tratamiento desde el entorno escolar, sino en combinación con la vida familiar. Los padres deben ser formados en coherencia con los métodos vertidos desde el ambiente profesional, ya sea en el colegio o en otro tipo de apoyo u orientación profesional a la que el sujeto hiperactivo esté sometido.

El TDAH no debe ser un trastorno que atañe únicamente al niño, su familia y profesores, sino que debe de considerarse desde cualquier individuo que interactúe con él, deben tener formación o conocimiento del TDAH, para así poder mostrar conductas adecuadas que ayuden a una mejor interacción social y a una mejoría en la evolución del afectado. De esta manera se puede llegar a lograr una mejor adaptación y comportamiento en la sociedad, y por ende, una plena inclusión del sujeto hiperactivo.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdalá, A. L. (2014). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): factores gestacionales y perinatales asociados. *Evidencia Médica e Investigación en Salud*, 7(4), 178-181.

Sibón Martínez A. M. (2010) ¿Qué es el TDAH? *Innovación y Experiencia*, 28, 1-10.

American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*, 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Área de Necesidades Específicas de Apoyo Educativo (NEAE) | Servicios | Consejería de Educación, Universidades, Cultura y Deportes | Gobierno de Canarias. (S. f.). Gobierno de Canarias. Recuperado 21 de abril de 2021, de [https://www.gobiernodecanarias.org/educacion/web/servicios/necesidades_apoyo_educativo/que_son/#:%7E:text=Se%20entiende%20por%20alumnado%20%C2%ABcon,\(TDAH\)%2C%20por%20Especiales%20Condiciones](https://www.gobiernodecanarias.org/educacion/web/servicios/necesidades_apoyo_educativo/que_son/#:%7E:text=Se%20entiende%20por%20alumnado%20%C2%ABcon,(TDAH)%2C%20por%20Especiales%20Condiciones)

Artigas-Pallarés, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol*, 36(Supl 1), S68-78.

Brown, T. E. (2010). Comorbilidades del TDAH: Manual de las complicaciones del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adultos. Elsevier: España.

Cardo, E., & Servera-Barceló, M. (2005). Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Rev Neurol*, 40(Supl 1), S11-5.

Cardo, E., Servera, M., & Llobera, J. (2007). Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en población normal de la isla de Mallorca. *Rev Neurol*, 44(1), 10-4.

Consejería de Educación, Cultura y Universidades (2013). ¿Qué alumnado presenta trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad – TDAH?

Enrique González, C., Torres Esperon, J. M., Alba Pérez, L., Crespo Borges, T., León Zamora, Y., & Alcántara Paisan, F. (2020). Intervención educativa en la comunidad para cuidadores de infantes con déficit de atención e hiperactividad. *EDUMECENTRO*, 12 (3), 221-240. Recuperado de: Web of Science, https://apps-woefknowledge-com.accedys2.bbtk.uil.es/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=11&SID=D1PtGNVsEbbXuWli3L8&page=1&doc=1

Epidemiología, diagnóstico, tratamiento e impacto del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Rev Esp Pediatr*. [2015; citado el 15 de marzo de 2018]; 71(2): 57

Fernandes, S. M., Blanco, A. P. & Vázquez-Justo, E. (2017). Concepto, evolución y etiología del TDAH. In E. Vázquez-Justo & A.P. Blanco (Eds.) TDAH y Trastornos Asociados (pp. 21-19). Maribor: Lex Localis Press. doi.org/10.4335/978-961-6842-80-8.2. Disponible no Repositório UPT, <http://hdl.handle.net/11328/2091>

Folgar, I. M. (2013). *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) (Banda vermella)*. (pp.) Servizo de Publicacions da Universidade de Vigo.

Forns, M., Amador, J. A., & Balanzó, B. M. (2001). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Características del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 32(4), 5-22.

González, M. I. N., & Villamizar, D. A. G. (2010). El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica. *Revista de historia de la psicología*, 31(4), 23-36.

García Garrido, J. V. (2013). *PERFIL CURRICULAR Y CONDUCTUAL DE ESCOLARES CON TDAH DURANTE LA EDUCACIÓN INFANTIL*. (Tesis de Doctorado) Universidad de Valencia. Valencia.

Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N° 2007/18. Agència d' Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya; [2010, citado el 3 de marzo 2018]

Albelo Hernández, E. (2017). *Intervención y respuesta educativa temprana a alumnos con NEAE*. (Documento inédito). Universidad de La Laguna. Tenerife.

López Secanell, I. & Pastor Núñez, Sabina. (2019). Mindfulness y el abordaje del TDAH en el contexto educativo. *Brasileira de Educação Especial*, 25 (1), 175-188. Recuperado de: Web of Science, https://apps-woefknowledge-com.accedys2.bbtk.ull.es/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=13&SID=D1PtGNVsEbbXuWli3L8&page=1&doc=4

Pascual-Castroviejo, I. (2008). Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Asociación Española de Pediatría y Sociedad Española de Neurología Pediátrica. *Protocolos de Neurología*, 140-150

Segura, A. B. J. (2009). El TDAH, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, en las clasificaciones diagnósticas actuales (CIE 10, DSM IV–R y CFTMEA–R 2000). *Norte de Salud mental*, 8(35).

Reyes Sandoval, A.M. & Acuña, L. (2012) Juicios de maestros sobre las conductas características del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Revista Latinoamericana de Psicología* (3) 65-82. Recuperado de: DIALNET, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4128472>

Rodríguez Hernández, P. J. (2015, octubre). *El trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. *Pediatría Integral*. <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-10/el-trastorno-por-deficit-de-atencion-e-hiperactividad/>

Vázquez Giménez, L. E. (2017) Diseño de un plan de intervención para la participación de los padres en el proceso educativo de educandos con Trastorno por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador. *In Crescendo* 8, (2), 223-239. Recuperado de: DIALNET, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6223027>