

TRABAJO DE FIN DE GRADO
DE MAESTRO EN EDUCACIÓN PRIMARIA

PROYECTO DE REVISIÓN TEÓRICA
TDAH EN LA ESCUELA: EL CONTROL DE LA INFANCIA

PRISCILA SARAY CHICO ROSA
CURSO ACADÉMICO: 2018/2019
CONVOCATORIA: JULIO 2019

TDAH EN LA ESCUELA: EL CONTROL DE LA INFANCIA.

RESUMEN

La profesión docente exige una formación que incluya los conocimientos académicos, las habilidades para manejar distintos recursos y métodos pedagógicos; para motivar y ayudar a los alumnos en el proceso de aprendizaje, y para planificar actividades y evaluar. Pero adicionalmente, el docente debe mantenerse actualizado en las innovaciones que la ciencia y la tecnología ponen a disposición de la enseñanza. En los últimos años se ha experimentado un especial interés por el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), de diferentes disciplinas. En este Trabajo de Fin de Grado se realiza una revisión teórica sobre el TDAH, abordando los distintos tratamientos y sus consecuencias para el niño, las controversias sobre la medicalización y los beneficios económicos de la industria farmacéutica; todo ello con el propósito de contribuir a especificar qué papel desempeña el maestro de educación primaria en la atención de los niños con TDHA.

PALABRAS CLAVE: educación primaria, diagnóstico de TDHA, tratamiento de TDHA, TDAH en la escuela.

ABSTRACT:

The teaching profession requires training that includes academic knowledge, skills to handle different resources and pedagogical methods; to motivate and help students in the learning process, and to plan activities and evaluate. But additionally, the teacher must keep updated on the innovations that science and technology make available to teaching. In recent years there has been a special interest in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), from different disciplines. For this reason, in this end-of-degree project, a theoretical review is carried out on the ADHD (ADHD), the different treatments and their consequences for the child, the controversies about medicalization and the economic benefits of the pharmaceutical industry; all with the purpose of contributing to specify the role of the primary school teacher in the care of children with ADHD.

KEY WORDS: primary education, diagnosis of ADHD, treatment of ADHD, ADHD at school.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
DELIMITACIÓN DE CAMPO, OBJETO DE ESTUDIO Y METODOLOGÍA.	6
Objeto de estudio.	6
Justificación.....	8
Objetivos.	8
Metodología.....	9
EL TDAH: DEFINICIÓN, SÍNTOMAS Y DIAGNÓSTICO.	10
Definiciones.....	10
Síntomas y diagnóstico.....	11
TRATAMIENTOS E INDUSTRIA FARMACÉUTICA.....	13
Tratamiento farmacológico.....	13
Tratamiento no farmacológico.	15
TDAH Y ESCUELA.....	18
SÍNTESIS Y DISCUSIÓN.....	22
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25

INTRODUCCIÓN

Con la realización de este Trabajo de Fin de Grado, pretendo crear un proyecto de revisión teórica en el cual seleccioné, analicé críticamente y agrupé información esencial acerca del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), el papel que juega el docente en este campo, los diferentes tipos de tratamientos existentes, sus consecuencias para el niño y las críticas que se hacen al tratamiento farmacológico, aportando una visión personal sobre el tema.

Se dedica un amplio espacio, que ocupará la gran mayoría del trabajo, a la presentación de referencias y al análisis de la información que permita caracterizar el papel que debe cumplir el docente en la atención de niños diagnosticados con TDAH; así como la importancia que tiene el conocimiento de los tratamientos del TDAH. Actualmente la tendencia es al aumento de casos diagnosticados y al tratamiento con fármacos muy fuertes que, aunque contribuyen a controlar la hiperactividad y a lograr la concentración, a la larga pueden implicar consecuencias negativas que deben ser evaluadas por los padres. En este sentido, los maestros junto con los psicólogos escolares son el personal que debe afrontar la atención del niño en la escuela y el apoyo para los padres en el manejo más apropiado de cada caso.

La información analizada se seleccionó de las bases de datos de internet que ofrecen en forma gratuita las publicaciones científicas y académicas más recientes. En dichas publicaciones se identifica la incidencia del TDAH, los diferentes tipos de tratamiento que se aplican a los niños diagnosticados y sus efectos, así como las pautas que se recomiendan para la atención de los niños en la escuela.

El trabajo se presenta estructurado en cuatro secciones. La primera está dedicada a plantear el problema de investigación, los objetivos del trabajo y la metodología empleada para desarrollarlo.

En la segunda parte se presenta la discusión conceptual sobre el TDAH, especificando cómo se presenta el trastorno y el procedimiento para el diagnóstico.

La tercera sección se dedica a los tratamientos, comenzando por aclarar la perspectiva que los médicos ofrecen del trastorno y la forma de enfrentarlo. Se describen los tratamientos recomendados hoy en día y se incluye una perspectiva crítica al informe farmacológico o medicalizante.

La cuarta parte se centra en el papel que debe cumplir la escuela en el diagnóstico y tratamiento del TDAH.

Para finalizar, se presentan algunas conclusiones que se derivan de esta revisión teórica, aportando mi visión personal de cada uno de los puntos tratados y valorando como ha sido el proceso de elaboración del trabajo, así como una autoevaluación sobre el proceso académico realizado para la elaboración de este Trabajo de Fin de Grado.

DELIMITACIÓN DE CAMPO, OBJETO DE ESTUDIO Y METODOLOGÍA.

Objeto de estudio.

La profesión docente exige una formación que incluya los conocimientos académicos y la capacidad para planificar actividades y evaluarlas, junto con la habilidad para manejar distintos recursos y métodos pedagógicos, que logren motivar y ayudar a los alumnos en el proceso de aprendizaje. Pero, adicionalmente, el docente debe mantenerse actualizado en las innovaciones que la ciencia y la tecnología ponen a disposición de la enseñanza. Una de las áreas en las que el docente debe mantenerse al día es la relativa a los trastornos de aprendizaje que pueden afectar a los niños y jóvenes, para conocer cómo se manifiestan, cuáles son los factores que inciden en ellos y los tratamientos adecuados en casa y en el aula. El educador de niños y adolescentes debe también relacionarse con las familias de sus alumnos y actuar, en algunos casos, como consejero u orientador, a fin de mejorar las condiciones del entorno que influyen en el desarrollo de los jóvenes. Los problemas de conducta y los trastornos que afectan a los alumnos forman parte de los aspectos que la escuela debe considerar, en consecuencia los maestros y profesores requieren formarse en estas áreas, o, al menos, deben contar con la asesoría de profesionales de la salud y la psicología que los orienten para atender en forma adecuada las necesidades específicas que puedan tener los alumnos.

Uno de los trastornos de aprendizaje más comunes es el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), considerado un problema de salud mental que debe ser atendido por un psiquiatra, pero que también implica un manejo adecuado en la escuela. En muchos casos, son los maestros los que detectan los síntomas asociados a este trastorno y, siempre que los niños y jóvenes asistan a la escuela, sus docentes deben conocer los síntomas y consecuencias del mismo, y deben contar con herramientas pedagógicas para acompañar de manera efectiva el proceso de aprendizaje de los niños y jóvenes con TDAH.

La Ley Orgánica de Educación 2/2006, de 3 de mayo, en su artículo 71 recoge que corresponde a las Administraciones educativas asegurar los recursos necesarios para que los alumnos y alumnas que requieran una atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar necesidades específicas de apoyo educativo (NEAE), puedan alcanzar el máximo desarrollo de sus capacidades personales. Según lo dispuesto en el artículo 10 del Decreto 104/2010, de 29 de julio (BOC nº 154, 2010), en el ámbito de la enseñanza no universitaria de Canarias, la Administración educativa establecerá las coordinaciones y acuerdos que procedan con otras Administraciones, especialmente las competentes en materia sanitaria y de bienestar

social, para facilitar la detección temprana y favorecer actuaciones preventivas desde los primeros ciclos de la escolaridad. En este mismo Decreto, en el Artículo 4 se establece que:

Un alumno o alumna presenta necesidades específicas de apoyo educativo por un trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad cuando su conducta manifiesta un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad- impulsividad que es más frecuente y grave que el observado en escolares de su edad, repercutiendo negativamente en su vida social, escolar y familiar. (BOC nº 154, 2010, p. 20796).

El trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) ha sido identificado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como inquietud prioritaria sobre la base de su prevalencia o su potencial, de causar minusvalías, de sus posibilidades terapéuticas de recuperación, especialmente a nivel de atención primaria de la salud, y de sus consecuencias a largo plazo (Jiménez, Rodríguez, Camacho, Afonso, Artilles, 2012, p. 14). De hecho se considera el trastorno neuropsiquiátrico infantil más común con una prevalencia entre el 5% - 10% en escolares (Cabrera y González, 2017, p.5).

En España las estimaciones varían entre 5 y 6,8% para niños y adolescentes (González, Rodríguez y Sánchez, 2015; Catalá-López, Peiró, Ridaó, Sanfélix-Gimeno, Gènova-Maleras y Catalá, 2012). Estas cifras indican la probabilidad de que un maestro se encuentre en aula un niño con TDAH, por ello es necesario que se difunda la información sobre este tema y que los educadores se preparen para ofrecer la atención adecuada a los niños y jóvenes que lo padecen.

En este trabajo se plantean algunas interrogantes sobre el TDAH:

- 1) ¿Qué es el TDAH?
- 2) ¿Qué puede estar influyendo en el aumento de los diagnósticos de TDAH?
- 3) ¿Es el tratamiento farmacológico indispensable?
- 4) ¿Qué otros tratamientos pueden aplicarse?
- 5) ¿Qué herramientas tienen los educadores para atender de forma adecuada a los niños que presentan problemas de atención, hiperactividad e impulsividad?

Justificación.

La importancia que los estudios del TDAH tienen para los educadores se evidencia en la prevalencia de este trastorno en España, donde la legislación exige que las escuelas atiendan las necesidades específicas de los niños que lo padecen, pero además la preocupación que se ha despertado en la sociedad española, cuestión esta que ha motivado la creación del Proyecto PANDAH: Plan de Atención al TDAH (2016), una propuesta para mejorar la vida de las personas con TDAH, dirigida principalmente hacia los educadores y los centros de atención sanitaria, desarrollada, en forma conjunta, por la Federación de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH), la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP), la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP), la Sociedad Española de Neurología Pediátrica (SENEP), la Confederación de Organizaciones de Psicopedagogía y Orientación Educativa de España (COPOE) y la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente.

En este caso existe también una motivación personal para investigar este tema. El interés viene de las prácticas de tercer y cuarto grado de Maestro en Educación Primaria, en las que encontré niños con TDAH y pude percibir la perturbación que ocasiona su presencia en el aula. Además, he conocido a niños que sufren dicho trastorno, he trabajado con ellos en su hogar porque su familia necesita ayuda para controlarlos y lograr que avancen en la escuela; eso implicó sentir la preocupación por atenderlos en forma apropiada. Estas experiencias han significado una comprensión del valor que tiene el trabajo del docente en estos casos. Por otra parte, me preocupa la escasa formación que tienen los maestros para afrontar el problema, pues, aunque la legislación le da un papel importante a la escuela en la detección de las necesidades educativas de los niños, los estudios pedagógicos no proveen las herramientas necesarias para esa labor.

Objetivos.

Este Trabajo de Fin de Grado tiene como objetivo identificar y analizar los aspectos que debe tener en cuenta el docente al tratar con alumnos con TDAH, así como los recursos que pueden contribuir a mejorar su situación académica, entre esos recursos se encuentran los tratamientos con fármacos, sobre los cuales es importante conocer los efectos positivos y negativos. Por otro lado, se introduce en el análisis el cuestionamiento que presentan algunos autores sobre el papel que juegan los intereses económicos de la industria farmacéutica en el diagnóstico y tratamiento de este trastorno.

Objetivo general:

Analizar la información sobre el TDAH y los procedimientos adecuados para atenderlo en la educación infantil.

Objetivos específicos:

- Caracterizar el TDAH.
- Identificar los principales tratamientos para el TDAH.
- Presentar las críticas y riesgos de los tratamientos farmacológicos.
- Proponer orientaciones sobre el TDAH útiles para los educadores infantiles.

Metodología.

La metodología a seguir para la investigación teórica es la consulta de fuentes académicas y científicas accesibles en forma gratuita por internet para seleccionar los artículos publicados sobre el TDAH y su tratamiento.

La búsqueda se realizó consultando en primer lugar la Biblioteca de la Universidad de La Laguna y luego diferentes bases de datos por internet: Dialnet, Scielo y Google Académics.

Los términos que orientaron la consulta fueron “Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad”, “TDAH e industria farmacéutica”, “TDAH y educación” y “TDAH y escuela”. A partir de los primeros hallazgos se establecieron algunos criterios de selección. Primero por año de publicación, buscando los publicados desde 2009, luego por área temática, pues dentro del tema TDAH se quería enfocar la investigación hacia el diagnóstico, los tratamientos y las críticas al papel de la industria farmacéutica y el tema educativo, a nivel de educación primaria.

Finalmente se logró consultar una serie interesante de artículos, trabajos finales de grado y tesis, con información suficiente para realizar el análisis que se presenta a continuación. Los documentos aparecen especificados en las referencias bibliográficas.

EL TDAH: DEFINICIÓN, SÍNTOMAS Y DIAGNÓSTICO.

Definiciones.

El trastorno por déficit de atención /hiperactividad (TDAH), ha sido estudiado por diferentes disciplinas y cada una lo define de forma diferente. La biología lo considera un trastorno cerebral de orden biológico, debido a factores genéticos que por influencia de aspectos ambientales provocan alteraciones cerebrales y cognitivas básicas (Cabrera y González, 2017).

García y colaboradores presentan el concepto que manejan los pediatras:

Es un trastorno cognitivo-conductual con una base genética y neurobiológica (neuroanatómica, neuroquímica y neuropsicológica) bien establecida y una sintomatología clínica muy heterogénea aunque identificable a través de unos síntomas nucleares de inatención, hiperactividad e impulsividad (García, Blasco-Fontecilla, Huete, y Sabaté, 2015, p. 75).

Por otra parte, la medicina lo incluye entre las enfermedades mentales como un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad- impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo de la persona. La inatención se manifiesta conductualmente en el TDAH como desviaciones en las tareas y falta de comprensión. La hiperactividad se refiere a una actividad motora excesiva (como un niño que corretea) cuando no es apropiado, o juguetea, golpea o demuestra una locuacidad excesiva. La impulsividad se refiere a acciones apresuradas que se producen en el momento, sin reflexión y que crean un gran riesgo de dañar al individuo. Los comportamientos impulsivos pueden manifestarse como una tendencia a inmiscuirse socialmente y tomar decisiones importantes sin tener en cuenta las consecuencias a largo plazo. (DSM-V, 2014, como se citó en Cabrera y González, 2017).

Para la psicología y la educación, se trata de un trastorno conductual, un problema de comportamiento, que siempre estuvo presente pero que recibía otras denominaciones, referidas siempre a esas tres características del comportamiento: inatención, hiperactividad e impulsividad. Comportamientos que pueden presentar casi todos los niños con mayor o menor frecuencia, y con los cuales se han enfrentado parientes, maestros y psicólogos hace mucho tiempo. Entonces, ¿se trata de casos extremos, de niños incontrolables en su hiperactividad, en su impulsividad y en su desatención? Sin embargo el procedimiento para establecer el diagnóstico, que se muestra más adelante, no parece muy exhaustivo.

Estos síntomas no siempre están presentes conjuntamente y se manifiestan, al menos, en dos ambientes de la vida del niño: ambiente escolar y familiar.

De acuerdo con un estudio realizado en Suecia hasta el 87% de niños de edad escolar que cumplen los criterios de TDAH presenta por lo menos un trastorno comórbido. Entre las comorbilidades más frecuentes se encuentran el trastorno negativista desafiante, trastornos de aprendizaje, trastornos por tics y trastornos de ansiedad. Esto ocasiona dificultades a nivel social, emocional y psicológico. (Afonso et al., 2014). El Proyecto PANDAH presenta un porcentaje de comorbilidad menor, de 70%, que sigue siendo muy alto y añaden que: “Cuanto más tardío es el tratamiento, mayor el riesgo de comorbilidad” (2016, p.31).

Síntomas y diagnóstico.

Los síntomas que aparecen primero, entre los 3 y 4 años son la hiperactividad y la impulsividad, luego, al comenzar la etapa escolar se evidencia la inatención. Sin embargo, con los años la hiperactividad y la impulsividad tienden a declinar, mientras que la inatención permanece. (Afonso et al., 2014).

González y colaboradores afirman que se ha comprobado que la prevalencia es mayor en el sexo masculino, que el 30% de los casos diagnosticados en la infancia continúan con el trastorno de adultos, que las diferentes metodologías de diagnóstico y medición coinciden en situar la incidencia alrededor del 5% en diferentes países y que el tipo más común es la falta de atención, seguido por el combinado de falta de atención e impulsividad y el menos frecuente es el impulsivo (González, et al. 2015, p. 60).

Jiménez y colaboradores realizaron estimaciones para la población escolar en la Comunidad de Canarias y concluyen con una tasa de sospecha de TDAH del 4.9%, ese resultado coincide con otros estudios realizados en España (Jiménez et al, 2012, p. 21). Sin embargo, el artículo publicado por Catalá López y colaboradores presenta estimaciones de prevalencia en España entre 6,4 y 6,8% para niños y adolescentes (Catalá-López et al., 2012, p. 11).

Respecto a los factores que provocan la aparición del trastorno Martínez-Martin y colaboradores afirman que se trata de la acción conjunta de varios factores genéticos y ambientales que provocan alteraciones “en la estructura, en la función cerebral y en los procesos cognitivos”, además le dan mucha importancia al ambiente postnatal, por agentes tóxicos y procesos de interacción, todo lo cual implica una gran heterogeneidad del TDAH (Martínez-Martín, Albaladejo, Espín, Güerre, Sánchez-García y Jiménez, 2015, p. 66).

Sobre el diagnóstico hay que decir que no existen pruebas médicas para el mismo, sino que se fundamenta en la recolección de información sobre las observaciones de los cuidadores, parientes, profesores y médicos. Tanto el DSM-5 como el CIE-10, establecen una serie de síntomas indicativos de sospecha de presencia del TDAH en sus diferentes tipos. Para inatención hay 9 síntomas, la presencia de 6 de ellos es indicativa del trastorno y si el sujeto es mayor de 17 años, 5 son suficientes. Para la hiperactividad e impulsividad, el DSM-5 establece otros 9 síntomas y la misma exigencia para el diagnóstico: presencia de 6 en menores de 17 años y 5 en mayores de 17 años. El CIE-10 establece 5 síntomas de hiperactividad y 3 síntomas de impulsividad, requiriendo 3 de los primeros y 1 de los segundos para el diagnóstico (Bastardas, Ortiz, Sánchez y Sabaté, 2015, p.70).

Esta concepción y la subjetividad del diagnóstico es lo que justifica que, cuando los niños son muy inquietos, no se concentran en las actividades que les asignan y actúan de manera impulsiva, se diagnostiquen como TDAH y se controlen con tratamiento farmacológico. Aunque se reconoce que hay factores emocionales y condiciones ambientales que pueden también provocar esas conductas, se recurre a tratarlas como consecuencia de un desequilibrio neuroquímico que no puede ser evaluado.

Por eso algunos investigadores critican la expansión de los diagnósticos de TDAH y su tratamiento con fármacos, argumentando que la industria farmacéutica ha favorecido esta situación para su beneficio económico, lo que se conoce como procesos farmacológicos y medicalización de la vida (Cruz, Lemos, Piani y Brigagao 2016; Iriart e Iglesias, 2012), asunto sobre el que se profundiza más adelante.

TRATAMIENTOS E INDUSTRIA FARMACÉUTICA.

Para tratar los síntomas del TDAH la Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda, desde 1996, un tratamiento multimodal e individualizado que combine el uso de fármacos con terapias conductuales, psicológico y educativo, en las que se requiere la participación de las personas cercanas al paciente, es decir familiares, cuidadores y maestros. García y colaboradores plantean que el “diagnóstico y tratamiento precoz son de vital importancia en el pronóstico a largo plazo” y que debe comenzar con terapia farmacológica (García et al., 2015, p. 75).

Tratamiento farmacológico.

Se pueden utilizar dos tipos de fármacos, los estimulantes y los no estimulantes; en España los entre los estimulantes aprobados se encuentra el metilfenidato (MPH) y la lisdexanfetamina (LDX); y entre los no estimulantes la atomoxetina (ATX), los cuales han sido utilizados ampliamente demostrando eficacia y seguridad (Criado-Álvarez, González, Romo, Mohedano, Montero, Pérez, 2013, p. 361). El uso de los estimulantes es lo más extendido, pues desde hace más de 70 años se conoce su efectividad y provocan una mejoría rápida de los síntomas nucleares (inatención, hiperactividad e impulsividad) y del comportamiento del paciente (Afonso et al., 2014).

García y colaboradores consideran que, aunque los estimulantes funcionan en más del 70% de los casos, se deben manejar los dos tipos de fármacos para adecuar el tratamiento “a las necesidades del individuo según su edad, gravedad de los síntomas, repercusión funcional y las preferencias tanto del paciente como de su familia” (García et al., 2015, p. 76).

Los estimulantes que se utilizan son metilfenidato y anfetaminas. La eficacia de estos fármacos se fundamenta, según los especialistas, en que los síntomas del TDAH son consecuencia de un desequilibrio de dopamina y noradrenalina, lo cual afecta el funcionamiento adecuado de la corteza frontal del cerebro (Martínez-Martínet al., 2015). Los estimulantes presentan una estructura similar a la dopamina (DA) y la noradrenalina (NA), con lo cual cumplen una función equivalente aumentando la actividad del sistema nervioso central (García et al., 2015), permitiendo el control de los síntomas pues mejoran las manifestaciones motoras, conductuales, cognitivas, de autoestima y de adaptación social y familiar, así como la presencia de otros trastornos, lo que se conoce como comorbilidad (Criado-Álvarez et al., 2013, p. 362).

En España el metilfenidato comenzó a venderse en 1981 (Afonso et al., 2014), y actualmente existen 5 presentaciones farmacológicas de metilfenidato, dos de liberación inmediata y tres de liberación “modificada” que combinan diferentes proporciones de metilfenidato de liberación inmediata y de liberación retardada, lo que permite adaptar el tratamiento a las necesidades y condiciones de cada paciente (García, et al., 2015).

Los fármacos no estimulantes tienen menos efecto que los estimulantes, pero la diferencia se reduce a largo plazo y en lo que los médicos califican como pacientes *naïve*. Su uso se recomienda “en el caso de comorbilidades como el trastorno por tics, el trastorno ansioso depresivo o en el abuso de sustancias” (Amado, Gómez y Muñoz, 2015, p. 82). También en los pacientes que no responden favorablemente a los estimulantes, que son entre el 15 y el 20% de los casos; cuando hay efectos secundarios a los estimulantes o con pacientes con otros trastornos psiquiátricos (Amado et al., 2015).

En España el único aprobado hasta 2015, cuando Amado y colaboradores publicaron su artículo es la atomoxetina, cuya acción tarda varias semanas. Estos autores plantean otros fármacos no estimulantes que se prescriben para TDAH en otros países, la clonidina y la guanfacina, y anuncian que en España está en proceso de aprobación la guanfacina de liberación prolongada (Amado et al., 2015).

Los medicamentos tienen efectos colaterales, aunque algunos médicos afirman que no tienen consecuencias a largo plazo. García y colaboradores defienden que los efectos secundarios del metilfenidato son transitorios y reversibles, pues están asociados a los inicios del tratamiento. Esos efectos pueden ser: “hiporexia, insomnio de conciliación, cefalea, molestias gastrointestinales, taquicardia, aparición o incremento de tics, irritabilidad, etc.” (García et al., 2015, 78). Además, reconocen que pueden producirse reacciones adversas, una conocida como “efecto rebote”, que es una subida de los síntomas porque bajan los niveles de metilfenidato, y otro conocido como el “efecto zombi”, cuando el niño se encuentra como apagado, pero afirman que pueden resolverse manejando las dosis indicadas (García et al., 2015, 78).

Cruz y colaboradores señalan los siguientes efectos colaterales: dolor de cabeza, reducción del apetito lo que provoca pérdida de peso, insomnio, dolores abdominales y reducción del crecimiento, depresión y melancolía, agudización de la hiperactividad, náuseas, taquicardia, riesgo de enfermedades cardiovasculares e hipertensión, aumento de la ansiedad,

posibilidades de abuso y dependencia psicológica, e incluso daños en la región frontal del cerebro. (Cruz et al., 2016).

A los efectos antes mencionados, hay que añadir la dependencia que se puede desarrollar con algunos fármacos. Todo ello merece una consideración especial, pues se trata de niños a los cuales se somete a estos tratamientos por un diagnóstico fundamentado en informes que se sustentan en observaciones, las cuales están marcadas por juicios cargados de subjetividad. Es difícil deslindar los límites entre inquietud e hiperactividad, entre ansiedad originada por factores ambientales e impulsividad, entre inatención y distracción. Estas consideraciones son las que han motivado fuertes críticas por parte de algunos investigadores (Cruz et al., 2016; Iriart e Iglesias, 2012) quienes consideran que el aumento en los diagnósticos de TDAH están relacionados por lo que se conoce como medicalización. En el informe elaborado por el Observatorio Argentino de Drogas y el Instituto de Investigaciones Gino Germani, se presenta la siguiente definición:

La medicalización de la vida refiere al proceso progresivo mediante el cual el saber y la práctica médica incorpora, absorbe y coloniza esferas, áreas y problemas de la vida social y colectiva que anteriormente estaban reguladas por otras instituciones, actividades o autoridades –como la familia, la religión, etc.–. (2008, p.7).

Los mismos autores consideran la medicalización de la infancia como un conjunto de prácticas que señalan como patológicas ciertas conductas infantiles, con lo cual someten a los niños a control médico y al tratamiento farmacológico, es decir medicamentación. Advierten sobre los riesgos que esto puede significar, especialmente cuando esas conductas han sido evaluadas desde un imaginario que busca la adaptación para lograr el éxito esperado (Observatorio Argentino de Drogas e Instituto de Investigaciones Gino Germani, 2008).

Desde esta visión crítica surge el cuestionamiento a la industria farmacológica como incentivadora de los procesos de medicamentación, ofreciendo soluciones sencillas para problemas complejos que podrían tratarse como parte del proceso de educación y socialización del niño en la familia y la escuela.

Tratamiento no farmacológico.

El tratamiento farmacológico es considerado por algunos autores como el más eficaz, sin embargo Fenollar, Gómez, y Muñoz (2015) sostienen que si el tratamiento es exclusivamente farmacológico, no se logran los mejores resultados, pues se dan muchas deserciones, no se desarrollan las habilidades y no se satisfacen las expectativas de los padres y educadores.

Por eso, en todos los documentos se habla de tratamiento multimodal. En el Proyecto PANDAH se señalan los objetivos que debe tener el tratamiento multimodal:

- Disminuir/eliminar los síntomas centrales del TDAH y de las enfermedades psiquiátricas coexistentes.
- Optimizar el rendimiento académico y el funcionamiento social.
- Adaptar el entorno a las necesidades del paciente y facilitar la transición a la vida adulta (Proyecto PANDAH, 2016, p.31).

Los tratamientos no farmacológicos recomendados son: psicoterapia, entrenamiento para padres, técnicas educativas especiales y terapia asistida con animales (TAA), entre los más conocidos.

La psicoterapia se centra en técnicas de modificación de comportamiento conductuales y cognitivo-conductuales y terapias de apoyo tanto para el niño como para los padres (Fenollar et al., 2015) que buscan modificaciones en el comportamiento del niño.

En la terapia conductual se refuerzan cuatro tipos de aprendizaje: “respuesta condicionada, condicionamiento operante, modificación de conducta y aprendizaje social” (Fenollar et al., 2015, p. 91). En ella se debe utilizar reforzamientos positivos (alabanza, atención positiva, recompensas y privilegios) para estimular la conducta deseada y reforzamientos negativos (el coste de respuesta, el tiempo fuera o aislamiento, la sobre corrección, la extinción y el castigo.) para disminuir las conductas no deseadas. El castigo es la menos recomendada porque tienen que ser administrado con mucho cuidado y provoca efectos negativos como el sentimiento de culpa, que debe evitarse en estos niños, por lo menos hasta que tengan edad suficiente y un período largo de tratamiento que permita responsabilizarlos de sus acciones. Lo más indicado es no recompensar las conductas negativas y retirar privilegios cuando no se cumplen las normas o acuerdos.

Otras técnicas de modificación de conducta son la economía de fichas y el contrato de contingencias. También se usa el aislamiento o tiempo fuera. “Se recomienda 3 minutos de aislamiento para los menores de 6 años, y a partir de esa edad se pueden marcar 5 o más minutos” (Fenollar et al., 2015).

Las técnicas cognitivo-conductuales incluyen las de autocontrol, entrenamiento en habilidades sociales y técnicas autoinstruccionales (Fenollar et al., 2015). Todas ellas pueden considerarse

como técnicas educativas especiales, pues enseñan al niño a desenvolverse mejor y, principalmente a controlar las tendencias impulsivas, la inquietud y la dispersión.

Por otra parte, en la escuela, como se verá en el siguiente punto, puede utilizarse técnicas variadas para controlar al niño con TDAH.

La educación para los padres u otros adultos responsables del niño es un componente fundamental del tratamiento multimodal. Los familiares, quienes viven el día a día de la conducta que provoca el trastorno, deben aprender a aceptarlo, tolerarlo y controlarlo en forma positiva, pues de lo contrario se generan consecuencias negativas para la persona con TDAH y para todo el entorno familiar. La educación de los padres debe estar a cargo de psicólogos y orientadores especialistas que les enseñen de qué se trata el trastorno y cómo convivir con él. También deben apoyar a los familiares, pues en ellos se presentan sentimientos de angustia, ansiedad, culpa y frustración.

Las terapias de apoyo se fundamentan en sesiones con psicólogos u orientadores que contribuyan a disminuir la angustia o ansiedad que puede provocar la presencia del trastorno en quien lo padece o en sus familiares.

La Terapia Asistida con Animales se utiliza porque el niño se relaciona con mayor facilidad con los animales que con los adultos, así el animal cumple las funciones de mediador. También sirve de modelo, se enseña al animal lo que se quiere enseñar al niño, de forma que este último lo imite. Por otra parte los animales también ayudan a calmar a las personas y a recompensar conductas positivas.

TDAH Y ESCUELA

El artículo 10, numeral 3, de la Ley Orgánica 2/2006 plantea que la identificación y evaluación del alumnado con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo (NEAE) debe hacerse lo antes posible, por los equipos profesionales dependientes de la Consejería de Educación. También que se deben realizar los planes de actuación adecuados a dichas necesidades en coordinación con los servicios socio-sanitarios de la zona. Son estos organismos los responsables de la detección oportuna del TDAH. No obstante, en el caso de las Islas Canarias, Jiménez y colaboradores informaban en 2012 que no se disponía de instrumentos diseñados para tal fin. (Jiménez et al., 2012, p. 15).

A pesar de lo que se establece en la legislación, las posibilidades reales de atención temprana desde la escuela se ven limitadas, no sólo por eso, sino porque tampoco se forma a los maestros para afrontar esa responsabilidad, como afirman Afonso y colaboradores (2014), quienes, en un estudio con una muestra de profesores, detectaron que más del 50% no tenía información.

Todas ellas pueden considerarse como técnicas educativas especiales, pues enseñan al niño a desenvolverse mejor y, principalmente a controlar las tendencias impulsivas, la inquietud y la dispersión.

Por otra parte, en la escuela, como se verá en el siguiente punto, puede utilizarse técnicas variadas para controlar al niño con TDAH.

La educación para los padres u otros adultos responsables del niño es un componente fundamental del tratamiento multimodal. Los familiares, quienes viven el día a día de la conducta que provoca el trastorno, deben aprender a aceptarlo, tolerarlo y controlarlo en forma positiva, pues de lo contrario se generan consecuencias negativas para la persona con TDAH y para todo el entorno familiar. La educación de los padres debe estar a cargo de psicólogos y orientadores especialistas que les enseñen de qué se trata el trastorno y cómo convivir con él. También deben apoyar a los familiares, pues en ellos se presentan sentimientos de angustia, ansiedad, culpa y frustración.

A respecto es importante destacar que el niño con TDAH tiene dificultades académicas, se estima que el 20% del fracaso escolar se debe al TDAH (Proyecto PANDAH, 2016), pero además presenta problemas sociales de relación y adaptación, lo cual, por supuesto, incide en su autoestima y en su estabilidad emocional, pudiendo generar ansiedad o depresión.

Precisamente porque se presentan esos problemas, la escuela es un espacio privilegiado para la detección del trastorno.

En el informe del Proyecto PANDAH en 2016 se afirma que en España hay un porcentaje muy alto de detección tardía del TDAH, cosa que las escuelas podrían mejorar. Precisamente por eso crearon el Plan estratégico que se presenta en ese informe cuyas áreas de intervención son:

1. Detección.
2. Asistencia a lo largo de todas las fases de la vida.
3. Políticas públicas.
4. Necesidades de formación.
5. Comunicación y sensibilización.

Los niños con TDAH presentan un comportamiento diferente a los otros niños, en la escuela es donde se evidencia la falta de atención, la hiperactividad y la impulsividad, en forma más clara por el contraste. Un maestro instruido en las características de este trastorno es el indicado para detectarlo, especialmente cuando se presentan dificultades de aprendizaje.

Varios de los autores revisados presentan información relevante sobre el abordaje del TDAH en la escuela (Afonso et al., 2014; Fenollar et al., 2015; Cabrera, y González, 2017). Pero la propuesta de Fernández, Del Caño, Palazuelo, y Marugán. (2011) puede servir de guía en la orientación a los maestros.

En primer lugar, destacan una lista de comportamientos que pueden ser indicativos de la presencia del trastorno y que cualquier maestro es capaz de observar:

La falta de atención se evidencia cuando el niño parece que no escucha las instrucciones y no es capaz de seguirlas para realizar las actividades académicas o recreativas, no finaliza las tareas ni los juegos. Se distrae con facilidad y pierde objetos, le cuesta organizarse.

La hiperactividad implica movimiento excesivo de manos, pies y todo el cuerpo, le cuesta permanecer sentado, se pone a correr o saltar en cualquier momento, habla mucho, no puede realizar actividades que exigen estar tranquilo.

La impulsividad se detecta cuando el niño interrumpe a los demás, contesta antes de que se haya terminado de formular la pregunta y reacciona en forma inmediata ante ciertos estímulos.

Cuando el maestro observa estos comportamientos debe buscar la asesoría de expertos en TDAH, y comunicarse con los padres para analizar con ellos la situación del niño.

Ya se explicó antes la importancia de una atención multifocal donde además del maestro, participen un psicoterapeuta y los familiares, quienes deben ser instruidos en cómo tratar al niño para que aprenda a adaptarse, controlarse y adquirir habilidades sociales.

Hay que aclarar que el nivel intelectual no tiene nada que ver con la presencia del trastorno, sin embargo, si los niños no son atendidos en forma adecuada, su evolución se verá afectada, pues el aprendizaje es fundamental para el desarrollo intelectual y para aprender se requiere concentración y autocontrol.

En segundo lugar, Fernández y colaboradores (2011) proponen un plan de actuación en la escuela, una vez que se ha confirmado el diagnóstico. A continuación, se presentan las fases que ellos incluyen y los aspectos más importantes de cada una:

PLAN DE ACTUACIÓN:

La primera fase tiene que ver con la familia de los niños que han sido diagnosticados con TDAH. Los padres deben ser informados de forma adecuada para evitar sentimientos de frustración o angustia. Lo más importante es que conozcan cuáles conductas deben ser modificadas y cómo hacerlo.

La segunda fase se refiere a la actuación de los profesores en la escuela, para lo cual deben ser instruidos en una serie de pautas que ayudan a mejorar el comportamiento de los niños con TDAH.

1.- Mantener ordenados los muebles de forma tal que permitan al profesor caminar entre los estudiantes y se eviten distracciones. Los alumnos con TDAH deben ubicarse lejos de puertas, ventanas y compañeros que los distraigan y solo deben tener en su escritorio los elementos que necesitan en cada tarea.

2.- Hablarles de cerca para fijar su atención y explicar las instrucciones en “forma clara y precisa, buscando el contacto visual y no acumulando más de dos o tres instrucciones a la vez” (Fernández et al., 2011, p. 624). Pedirle que repita las instrucciones.

3.- Controlar el tiempo en cada tarea, mantener una agenda de actividades con horario para cada cosa.

4.- Dividir las tareas complicadas por pasos, para que resulte más sencillo cumplirlas.

5.- Utilizar estímulos visuales, pantallas, ordenadores, ilustraciones, porque ayudan a enfocar la atención.

6. Organizar las actividades de lo más sencillo y concreto hacia lo más complejo y abstracto, advirtiéndolo cuando se va a cambiar de actividad.

7.- Enseñar técnicas de estudio y recordarle lo que tiene que hacer.

8.- Retroalimentación positiva, estimulación y motivación constantemente.

La tercera fase consiste en lograr la coordinación entre la escuela y la familia, para lo cual es necesario planificar reuniones y estimular la colaboración de los padres.

Por último, es importante comentar los hallazgos de una investigación desarrollada en Holanda con dos grupos de niños con TDAH, uno en escuela especial y otro en escuela integrada. Concluyen que no hay diferencias significativas entre los avances de los dos grupos y que el reforzamiento positivo y el apoyo emocional son las estrategias educativas más exitosas. (Stoutjesdijk, Scholte, y Swaab, 2013).

SÍNTESIS Y DISCUSIÓN

La revisión bibliográfica realizada en este Trabajo Final de Grado ha permitido contrastar información sobre algunos aspectos básicos del TDAH. La información se ha organizado en tres secciones claramente diferenciadas, con la intención de satisfacer los objetivos propuestos y dar respuesta a las interrogantes planteadas.

En primer lugar, sobre la definición y el diagnóstico de la enfermedad, varios autores coinciden en los síntomas, y se acogen a la propuesta del DSM-V y el CIE-10, pues son los instrumentos que se utilizan internacionalmente para valorar la sospecha de presencia del trastorno en cualquiera de sus tres modalidades (Afonso et al., 2014; Amado et al., 2015; Bastardas et al., 2015; Cabrera, y González, 2017; cardo, et al., 2017; Catalá-López, et al., 2012; Criado-Álvarez et al., 2018; Fenollar et al., 2015; García et al., 2015; Jiménez et al., 2012; Martínez-Martín et al., 2015). No existe una prueba química, física o algún tipo de examen que permita esclarecer de forma precisa cuáles son los factores biológicos que provocan esos síntomas, el diagnóstico se establece en base a observaciones, que deben hacerlas diferentes personas en, al menos dos ambientes distintos, es decir, el factor subjetivo influye en los resultados.

Se asume, por lo que se conoce del funcionamiento neurológico, que una alteración química provoca ese tipo de comportamiento y la práctica de administrar fármacos que contribuyen a equilibrar esa alteración, ha resultado exitosa para controlar a los pacientes que presentan esos síntomas.

No se puede olvidar que el cerebro de cada niño funciona de manera distinta y el tratamiento farmacológico ha sido una de las primeras opciones para tratar de dar solución al trastorno, desde el punto de vista clínico. Los fármacos deberían ser la última opción, después de haber aplicado psicoterapia y medidas educativas especiales, tal como propone la resolución aprobada por el Consejo Europeo (Criado et al., 2018). Criado y colaboradores (2018) constatan el aumento en el consumo del metilfenidato, lo que provoca críticas y advertencias, especialmente desde las ciencias sociales.

La medicación ha pasado de ser una solución para un problema de salud individual, a ser un problema social que influye en la salud de los individuos afectados por el TDAH, tal como señalan algunos de los artículos revisados (Afonso et al., 2014; Cruz et al., 2016; Iriart e Iglesias, 2012). El afán de la industria farmacéutica por vender los medicamentos y la presión que sufren los familiares y maestros cuando enfrentan la impulsividad, la hiperactividad y la

falta de atención, son factores que se complementan para favorecer el uso, y quizás el abuso, de la medicación. Una de las recomendaciones que se derivan de este TFG es la propuesta para investigaciones que profundicen en ese sentido y permitan identificar las consecuencias negativas de esas prácticas.

El título de este TFG plantea el asunto como un problema de control, porque eso es lo que buscan los diversos tratamientos del TDAH, controlar para poder educar. Usualmente el procedimiento es a la inversa. Se educa a los niños para que aprendan a controlar sus impulsos, para que aprendan a prestar atención a los adultos, a obedecer instrucciones, a mantenerse quietos cuando se requiera, a someterse a la disciplina. Ese control para algunos niños resulta muy difícil, y en algunos casos, la resistencia del niño a someterse al control, o la imposibilidad de centrar la atención y/o permanecer quieto, dispara el dispositivo de sospecha: examen psicológico y médico que pueden significar el diagnóstico y la medicalización. Todo para asegurar que logre la adaptación social, el éxito escolar y, en definitiva, la socialización esperada.

Hay niños que necesitan medicación, puesto que el grado de déficit de atención o de hiperactividad es tan elevado que es imprescindible; pero, hay otros niños para los que no es necesario porque su trastorno es leve. Lo que todos requieren son intervenciones psicopedagógicas que les ayuden a superar y controlar las dificultades de este trastorno. Además, es muy importante que en ambos casos, con y sin medicación, la familia disponga de una base sólida que de estabilidad y confianza al niño.

Por otra parte, lo que sí es relevante desde el punto de vista educativo, es realizar una buena intervención pedagógica con el alumno, puesto que solo la medicación no va a mejorar las dificultades que tiene el niño, podrá apaciguar algunas conductas, pero no modelarlas. Por lo tanto, medicación e intervención pedagógica deben de ir unidos.

Sin embargo, en la formación de los maestros no se incluyen propuestas de intervención concretas para trabajar con niños con TDAH dentro del aula. Esa es precisamente una de las recomendaciones de este TFG, que se incorpore el TDAH y los otros trastornos que requieren atención especial en la escuela, en el programa de estudios para la formación de educadores.

Además, es importante fomentar el trabajo conjunto y cooperativo de las familias y el profesorado, ya que, las intervenciones conductuales no sólo se deben realizar en el sistema escolar, sino también en el hogar para lograr que se conviertan en rutinas y que no se olviden. En este sentido hay que destacar el surgimiento de proyectos de intervención educativa como

el de Fenollar et al. (2015) que se deben difundir a nivel escolar.

En referencia al debate social que se ha creado en la actualidad sobre los niños con TDAH frente a los niños inquietos, hay que admitir que este trastorno sí existe y desde el ámbito pedagógico no se le está dando la importancia que realmente tiene, tanto a nivel académico como social, tal como señalan en el Proyecto PANDAH.

Es recomendable que antes de comenzar a tratar al niño con fármacos se exploren los factores ambientales que pudiesen estar provocando conductas hiperactivas e impulsivas y dificultad para centrar la atención. Esta labor debe partir de la escuela como institución, es decir, no solo involucra al maestro, sino también a psicólogos, orientadores y trabajadores sociales, que son los profesionales involucrados en la evaluación del ambiente social y familiar que rodea al niño. Entre otras razones porque la Ley 2/2006 establece que la responsabilidad de identificar las Necesidades Específicas de Apoyo Educativo recae en la Consejería de Educación.

Finalmente resaltar la importancia del papel que deben cumplir los maestros en el tratamiento del TDAH. Si se entiende que la escuela está llamada a identificar las dificultades que presenta el niño y, además es la principal responsable de la educación que éste recibe. Son los equipos profesionales que trabajan en ella los encargados de intervenir y coordinar la aplicación del tratamiento multimodal, promoviendo la colaboración de la familia, los psicoterapeutas y la comunidad de la escuela.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, M., Jiménez, J. E., Rodríguez, C. y Artiles, C. (2014). Prevalencia y situación escolar del alumnado que presenta indicadores del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) en la comunidad autónoma de Canarias. Tesis. Universidad de La Laguna. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación.
- A. Amado, A., L. Gómez, L. y Muñoz, A. (2015) Tratamiento farmacológico no estimulante en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), *Revista Española de Pediatría*, 71, (2), 82-89.
- Bastardas, J., Ortiz, J., Sánchez, V. y Sabaté, J. (2015) Diagnóstico del TDAH, *Revista Española de Pediatría*, 71, (2), 69-74.
- BOC Boletín Oficial de Canarias (2010) DECRETO 104/2010, de 29 de julio, por el que se regula la atención a la diversidad del alumnado en el ámbito de la enseñanza no universitaria de Canarias.
- Cabrera, V. y González, I. (2017). Trastorno del déficit de atención con o sin hiperactividad desde el ámbito educativo. Trabajo de Fin de Grado de Maestro en Educación Primaria. Universidad de La Laguna.
- Cardo E, Ros-Cervera G, Eirís-Puñal J, Escofet-Soteras C, Fernández-Jaén A, Mulas F, Sánchez-Carpintero, R. y Sans, A. (2017). Estado actual del enfoque del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en neuropsiquiatría. *Revista de Neurología*, 64,(Suple. 1), S105-S109.
- Catalá-López, F., Peiró, S., Ridao, M., Sanfélix-Gimeno, G., Gènova-Maleras, R., Catalá, M.A. (2012) Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies, *BMC Psychiatry*, 12, (168), 1-13.
- Criado-Álvarez, JJ., González, J., Romo, C., Mohedano, A., Montero, J.C., Pérez, J.P. (2018). Variabilidad y tendencias en el consumo de fármacos para los trastornos por déficit de atención con hiperactividad en Castilla-La Mancha, España (1992-2015).
- Cruz, B., Lemos, F., Piani, P., Brigagao, J. (2016). Una crítica a la producción del TDAH y la administración de drogas para niños. *Estudios de Psicología*, 21, (3), 282-292.

- Feaadah, (s.f.). Sobre el TDAH. Recuperado el 20 de Diciembre del 2018 de <http://www.feaadah.org/es/sobre-el-tdah/>
- Fenollar, F., Gómez, J. y Muñoz, J. (2015). Tratamiento no farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y su abordaje en el entorno escolar, *Revista Española de Pediatría*, 71, (2), 90-97.
- Fernandez, J., Del Caño, M., Palazuelo, M. y Marugán M. (2011). TDAH. Programa de intervención educativa, *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, 1(1), 621-628. Recuperado el 25 de mayo de 2019 en <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832328063.pdf>
- Fundación CADAH (s.f.) Situación actual del TDAH en España, Recuperado el 7 de enero de 2019 de <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/situacion-actual-del-tdah-en-espana.html>
- García, A., Blasco-Fontecilla, H., Huete, B. y Sabaté, J. (2015). Tratamiento farmacológico estimulante del TDAH. *Revista Española de Pediatría*, 71, (2), 75-81.
- González, R., Rodríguez, A, Sánchez,J.(2015). Epidemiología del TDAH. *Revista Española de Pediatría*, 71, (2), 58-61.
- Iriart; C. e Iglesias, L. (2012) Biomedicalización e infancia: trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Comunicação Saúde Educação*, 16, (43), p.1011-23.
- Jiménez, J. E., Rodríguez, C., Camacho, J., Afonso, M., Artiles, C. (2012). Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) en población escolar de la Comunidad Autónoma de Canarias. *European Journal of Education and Psychology*, 5, (1), 13-26.
- Martínez-Martín, N., Albaladejo, E., Espín, J., Güerre, M., J. Sánchez-García, J., Jiménez, J. (2015). Etiología y patogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Revista Española de Pediatría*, 71, (2), 62-68.
- Korzeniowsk, C. e Ison, M. (2008). Estrategias psicoeducativas para padres y docentes de niños con TDAH. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVII, (1), 65-71.
- Ley Orgánica de Educación 2/2006, de 3 de mayo.

- Martínez-Martín, N., Albaladejo, E., Espín, J., Güerre, M., Sánchez-García, J., Jiménez, J. (2015) Etiología y patogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), *Revista Española de Pediatría*, 71, (2), 62-68.
- Observatorio Argentino de Drogas e Instituto de Investigaciones Gino Germani (2018) La medicalización de la infancia. Niños, escuela y psicotrópicos. Informe final. (Mimeo).
- Proyecto PANDAH: Plan de Acción en TDAH (2016). Propuestas estratégicas para el abordaje del TDAH en España, Adelphi, España. Recuperado el 31 de mayo de <http://www.tdah-granada.com/wp-content/uploads/2016/04/PANDAH-PLAN-ESTRATEGICO-PARA-LA-MEJORA-DEL-ABORDAJE-DEL-TDAH-EN-ESPA%C3%91A.pdf>
- Serrano-Troncoso, E., Guidi, M. y Alda-Díez, J. A. (2013). ¿Es el tratamiento psicológico eficaz para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)? Revisión sobre los tratamientos no farmacológicos en niños y adolescentes con TDAH, *Actas Españolas de Psiquiatría*; 41, (1), 44-51.
- Stoutjesdijk, R., Scholte, E. and Swaab, H. (2013) Behavioral and Academic Progress of Children Displaying Substantive ADHD Behaviors in Special Education: A 1-Year Follow-up. *Journal of Attention Disorders*, XX, (X), 1-13. Recuperado el 10 de junio de 2019 de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.900.110&rep=rep1&type=pdf>
- Sánchez, Carlos (2016). Programa de intervención asistida con animales para niños con TDAH. Trabajo Fin de Máster en Intervención Asistida con Animales. Universidad de Jaén y Universidad Internacional de Andalucía.

