



Instituto de Formación Docente de Paysandú “Ercilia Guidali de Pisano”.

Tutora: Cecilia Pereira.

# **Estrategias de intervención docente para niños y niñas con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en Primera Infancia.**

## **Alumnas:**

- Belén Echart.
- Silvina San Martin.

19 de Octubre de 2022.

Paysandú, Uruguay.

## Índice.

Resumen.....	Pág.4
Planteamiento del tema.....	Pág.5
Fundamentación.....	Pág.6
Objetivos general y objetivos específicos.....	Pág.8
Marco metodológico.....	Pág.9

### **Capítulo 1: Trastorno Déficit de Atención e Hiperactividad.**

1.1 Un poco de historia.....	Pág.11
1.2 Etiología.....	Pág.13
1.3 ¿Cuándo hablamos de TDAH en la actualidad de qué hablamos?.....	Pág.15
1.4 El diagnóstico de TDAH.....	Pág.20
1.5 ¿Qué tratamientos existen?.....	Pág.21
1.5.1 Tratamiento psicológico.....	Pág.21
1.5.2 Tratamiento psicopedagógico.....	Pág.22
1.5.3 Tratamiento Farmacológico.....	Pág.23

### **Capítulo 2: El niño sin diagnóstico.**

2.1 características del niño de 5 años.....	Pág.23
2.2 ¿Hiperquinesia o hiperactividad?.....	Pág.25
2.3 Diferencias entre altas y bajas capacidades y el TDAH.....	Pág.25

### **Capítulo 3: La educación para niños con TDAH.**

3.1 Ley de Educación uruguaya.....	Pág.28
3.2 Educación en la Primera Infancia.....	Pág.29
3.3 Educación inclusiva.....	Pág.30

### **Capítulo 4: La familia y los niños con TDAH.**

4.1 ¿Qué pasa con la familia de un niño con TDAH?.....	Pág.32
--	--------

### **Capítulo 5: Estrategias de intervención.....**

5.1 Estrategias docentes.....	Pág.35
-------------------------------	--------

5.2 Organización en el aula.....	Pág.35
5.3 Intervención docente.....	Pág.35
5.2 La tecnología como estrategia de una educación inclusiva.....	Pág.36
5.2.1 Ceibal: CeRTI tecnología para la inclusión.....	Pág.36
5.3 Aplicaciones que ayudan a un niño con TDAH.....	Pág.37
<b>Reflexión final.....</b>	<b>Pág.39</b>
<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>Pág.41</b>

## **Agradecimiento.**

Este trabajo lo dedicamos a nuestras familias por el apoyo constante, por la confianza depositada en nosotras, por ayudarnos en todo que necesitamos, motivarnos a continuar en momentos difíciles y sostenernos para siempre continuar hacia delante, sobre todo por los momentos de nervios, cansancio, y alegrías compartidos en el transcurso de la carrera.

Agradecemos infinitamente la paciencia, los consejos, las charlas, los cafecitos, la comida pronta, el acompañamiento en las horas de estudio, el sostén durante la pandemia, una etapa diferente y desafiante, pero que logramos superar gracias a este apoyo constante de la familia.

Por otra parte, agradecer a la tutora por guiarnos y acompañarnos en el proceso de realización del presente trabajo.

“Si enseñamos a los niños a aceptar la diversidad como algo normal no será necesario hablar de inclusión sino de convivencia”

Autor Anónimo.

### **Justificación.**

El presente trabajo monográfico se enmarca dentro de las exigencias para obtener el título de grado de la carrera de Maestro en Primera Infancia, en su plan del 2017. A estos efectos se toma como tema relevante cómo trabajar con niños con Déficit Atencional e Hiperactividad en Primera Infancia, esto es ahondar en las características de este trastorno para no confundir con distracción o falta de madurez en los procesos cognitivos en niños/as pequeños.

La selección del tema responde a que durante la práctica docente se escuchan a algunos docentes decir “ese niño/a se distrae con facilidad”, “ese niño/a vive en la luna”, “nada de lo que trabajamos le interesa”, “tiene hormigas en la cola” y así muchas otras expresiones que ligeramente califican a los niños/as.

Ante esta situación es de interés de las autoras de esta producción considerar relevante conocer con mayor detalle qué es el Trastorno de Déficit Atencional e Hiperactividad para abordar posibles estrategias que permitan intervenir a efectos de asegurar la calidad educativa, un derecho de todos/as.

## **Resumen.**

El tema del trabajo Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (en adelante TDAH) en niños y niñas de 5 años, es una compilación bibliográfica sobre las estrategias de intervención docente que se pueden llevar a las aulas de Educación Inicial (EI).

Luego de hacer la recopilación teórica a través de diferentes motores de búsqueda y buscando que el material no datara de mucho tiempo atrás para que no fuera desactualizado se realizó un recorrido histórico del TDAH conceptualizándolo e identificando sus señales de alerta, plasmando su diagnóstico, y también los diferentes tratamientos, hasta llegar a los modelos de intervención docentes.

Se buscó conocer la normativa existente en nuestro país, que amparan los derechos de todos los niños y niñas, a efectos de asegurar una educación inclusiva y procurando conocer el rol de la familia, como pilar fundamental de cualquier persona, y que como co-educadora cumple un rol social de ayuda y contribución fundamental para niños y niñas con TDAH.

Para finalizar se da a conocer las estrategias de intervención docente en diferentes áreas, disposición y estructuración de ambientes y herramientas digitales que contribuyen al rol docente y las familias.

## **Planteamiento del tema.**

En Uruguay no existe un estudio donde se conozcan la cantidad aproximada de personas que presentan el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, las únicas cifras oficiales tienen como fuente la Organización Mundial de la Salud (OMS), difundidas en la página oficial de fundación INECO. Las mismas son estimativas, careciendo de precisión, estas aseguran que más del 4 % de la población mundial presenta este trastorno, a esto se agrega que un 70% de los niños y adolescentes llegan a su vida adulta con un nivel de afectación importante en diferentes áreas.

Pensar en el futuro rol docente se entiende necesario abordar y profundizar la temática sobre TDAH, realizando una compilación bibliográfica sobre estrategias de intervención docente para niños/as con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en la Primera Infancia.

Al definir el tema, se indagó e identificó gran diversidad de bibliografía que aborda la temática, pero si bien se menciona la importancia del diagnóstico y tratamiento desde la Primera Infancia la mayor cantidad de información hace referencia a adultos con dicho trastorno, sumando además lo observado en la práctica docente donde se denota un número de niños/as importantes que asisten a Primera Infancia y presentan síntomas que pueden estar referidos a este trastorno. De acuerdo con el fin de profundizar en conocimientos y estrategias que contribuyan a un mejor abordaje y atención de niños/as de 5 años con TDAH.

Diversos autores se han ocupado de estudiar y plasmar sus teorías respecto al tema, por eso es preciso definir lo que es TDAH, según lo que expone (Barceló, 2005) en su artículo sobre el modelo de autorregulación planteado por Barkley:

El TDAH es un trastorno del desarrollo caracterizado por unos niveles evolutivamente inapropiados de problemas atencionales, sobreactividad e impulsividad. 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, sin que tampoco se detecte retraso mental o trastornos emocionales graves. Estas dificultades guardan una gran relación con una dificultad para seguir las «conductas gobernadas por reglas» (CGR) y con problemas para mantener una forma de trabajo consistente a lo largo de períodos de tiempo más o menos largos (p. 358).

Según este concepto urge que el docente esté en conocimiento de las características singulares de este trastorno a efectos de poder diseñar planificaciones, adaptaciones curriculares, seleccionar recursos, que resulten apropiados para prolongar y asegurar la atención de los niños/as en el aula de nivel 5 años, evitando incluso que ese trastorno no se transforme en un obstáculo para los vínculos con los pares, o para que los otros niños no manifiesten disconformidad por el compañero/a con este trastorno.

### **Fundamentación.**

El interés por abordar esta temática, surge desde las observaciones durante la realización de práctica profesional de la carrera Maestro en Primera Infancia, en el transcurso de tres años, ya que en diversas instituciones a las cuales hemos asistido, visualizamos niños y niñas diagnosticados con TDAH, y siempre nuestra inquietud ha apuntado a la forma en la cual se los incluye.

Algunas de las preguntas planteadas por las autoras a las maestras referentes apuntaban a sugerencias de estrategias, para trabajar con estos niños/as, qué



conocimientos poseían al respecto, pero en general esos agentes de educación tenían muchas de las dudas manifestadas por las practicantes, asegurando que hacían su mayor esfuerzo informándose para una mejor atención.

Expuesto lo anterior se deja en evidencia que existen dificultades en la inclusión de niños/as con el trastorno TDAH, en las aulas de educación inicial. Desde lo indagado hasta el momento se puede asegurar que estos niños/as requieren una atención variada de acuerdo a los casos, requiriendo mayor involucramiento de parte del docente. Se necesitan estrategias y herramientas que posibiliten su inclusión dentro del grupo, posibilitando un ambiente propicio que favorezca los aprendizajes de calidad.

Si bien se observa el esfuerzo y dedicación de los docentes en el manejo de grupos heterogéneos donde están inscriptos chicos con TDAH, pero aún así el involucramiento debe ser mayor, sobre todo en la elaboración de planificaciones adaptadas. Se reconoce que muchas veces resulta difícil formarse académicamente sobre diferentes trastornos, ya que en Uruguay dicha formación corresponde a institutos privados.

La realización de este trabajo pretende favorecer y enriquecer a estudiantes, asistentes, docentes y a comunidades educativas, que se enfrentan a niños con TDAH, y los reciben en sus aulas.

## **Objetivos.**

### **Objetivo general.**

Compilar bibliografía, artículos académicos y otros acerca de las diversas estrategias de intervención educativa para niños con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en la Primera Infancia.

### **Objetivos Específicos.**

Exponer la implicancia del concepto de TDAH.

Conocer los modelos de intervención existentes para el tratamiento de niños con TDAH.

Enlistar intervenciones exitosas para desplegar en educación inicial

## **Marco Metodológico.**

El presente trabajo es una monografía de tipo compilación bibliográfica que se define como “la operación documental de recuperar un conjunto de documentos o referencias bibliográficas que se publican en el mundo sobre un tema, un autor, una publicación o un trabajo específico” López, Piovesan y Patrón (2016), (p,5-). Una monografía de compilación consiste en un trabajo teórico en el cual se expone o explica un tema, donde es necesario realizar un recorrido, pudiendo reunir datos, u ofrecer diversas perspectivas.

La principal finalidad de esta es explicar el tema al lector pero con un propósito claro. Para realizarla es necesario poseer algunas capacidades fundamentales como resumir, confrontar, explicar o aclarar, en definitiva poseer un manejo fluido de la información para que resulte un trabajo claro.

Existen varios tipos de monografías de compilación, esta estará enmarcada dentro de la descriptiva, definida como aquella que proporciona al lector una puesta al día sobre conceptos útiles en áreas en constante evolución. Utilidad en la enseñanza y campos conexos, es la mejor forma de estar al día en nuestras esferas generales de interés. (López et al, 2016, citando a Icart en 1994 (7); p.5).

Por otra parte existe otra división de tipos, categorías de monografías las cuales son; revisión narrativa, revisión integradora, revisión panorámica, revisión sistémica. La presente forma parte del tipo revisión narrativa, (López et al., 2016), su objetivo es identificar, analizar, valorar e interpretar el cuerpo de conocimientos sobre un tema específico En la revisión narrativa se atiende a la literatura publicada y los materiales incluidos poseen cierto grado de permanencia.

Una revisión narrativa metodológicamente tiene que contener un proceso claramente descrito de la búsqueda y localización de documentos. El enfoque y profundidad de la revisión está en función del contexto para el que se realice (grado, posgrado).

## **Capítulo 1: Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad.**

### **1.1 Un poco de historia.**

El Trastorno Déficit de Atención e Hiperactividad lleva más de un siglo de estudios, diversos médicos psiquiatras, psicólogos y neurólogos se han dedicado a su estudio. (Quintero. J; Castaño de la Mota.C; 2014) expone la siguiente definición sobre este trastorno: “TDAH sería un trastorno del neuro-desarrollo caracterizado por un patrón de comportamiento y de funcionamiento cognitivo, que puede evolucionar en el tiempo y que es susceptible de provocar dificultades en el funcionamiento cognitivo, educacional y/o laboral” (p; 601)

Llegar a esta definición ha conllevado muchos años de estudios, desde 1798 cuando un médico escocés, Sir Alexander Crichton describió someramente lo que parece ser un caso de TDAH del subtipo inatento, este médico aseguraba que el problema surge desde la evolución de la persona y que es un retraso en el mismo.

Años más tarde en 1845, el médico psiquiatra, Heinrich Hoffmann, escritor e ilustrador de cuentos, en una de sus obras llamada “Felipe el nervioso” expone un caso, de un niño excesivamente inquieto pero sobre todo con problemas de atención sostenida, dificultades para resolver problemas, las mismas características que posee el TDAH tal como se lo conoce en la actualidad.

Aunque clínicamente el primero en exponer sus estudios en niños que posiblemente presentan TDAH, fue George Still en 1902 quien definió el trastorno como un “defecto anormal en el control moral” de los niños, luego de haber realizado un estudio en niños que tenían problemas de atención sostenida. Estos se caracterizaban por ser “violentos, inquietos, molestos, revoltosos, destructivos, dispersos..”. Para Still, la causa más probable del trastorno era genética.

Según lo planteado por (Lozano, C; 2015) los estudios continuaron pero fue hasta mitad del siglo XX cuando algunos profesionales dedicaron tiempo para analizar la información que tenían al respecto y acordar nuevos términos que definieran estos casos, que hasta ese momento eran casos de exaltación, impulsividad entre otros.

En los años '50, S.D Clements utilizó la expresión “disfunción cerebral mínima” que era aplicada a niños inquietos, con falta de atención y dificultades en el aprendizaje. Aunque se conocían los síntomas de este trastorno, se consideraba que eran causados por acontecimientos durante el embarazo y el parto, e incluso se adjudicaba la responsabilidad a quienes asistía el parto. Esto ha sido derribado a partir de estudios específicos que han permitido saber que el parto no afecta ni provoca el TDAH.

El trastorno tuvo diferentes términos para denominarlo según las causas más probables que encontrara quien lo investigara, pero en definitiva la asociación de psiquiatría americana creó en 1952 el primer manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM), con el objetivo de facilitar el diagnóstico y la comunicación entre los profesionales clínicos, y desde entonces ha resultado una referencia muy útil para el desarrollo clínico así como para avances en investigaciones respecto a psiquiatría y psicología. Justamente en esta guía se encuentra la definición formal que conocemos en la actualidad de TDAH, y aunque han transcurrido algunos cambios desde la primera definición es un manual de referencia en la actualidad.

Precisamente la última edición de (DSM-5 2013; pág. 86), define TDAH como: “Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por inatención o hiperactividad e impulsividad”

También la OMS en su Clasificación Internacional de Enfermedades, actualmente en su décima edición (CIE-10) denomina el TDAH como trastornos hiperquinéticos, caracterizados por deficiencias para mantener la atención e hiperactividad motriz. El déficit de atención se manifiesta por la interrupción prematura en la ejecución de tareas y por dejar actividades sin terminar. Por otra parte, la hiperactividad implica una inquietud excesiva, en especial en situaciones que requieren una relativa calma, puede ser saltar y correr sin rumbo o la imposibilidad de permanecer sentado cuando es necesario. (OMS, 1995).

## **1.2 Etiología:**

La mayor interrogante surge en torno al origen o causa del TDAH, en general los autores coinciden en que se debe a un trastorno del neurodesarrollo, aunque realizando un repaso por las posturas de diferentes autores podemos llegar a diferenciar algunos puntos.

Para comenzar (Mediavilla-García. C; 2003) menciona que los cambios de definiciones planteados a través de los años han provocado confusión y diferencias. Pero a su vez nos brinda algunos factores que podrían ser relevantes y causar el trastorno. Estos pueden ser ambientales, apuntando a posibles alergias de alimentos, problemas durante el embarazo, estrés fetal, la toxicidad del plomo, factores psicosociales como pobreza o vida familiar caótica.

Otro factor importante y sobre todo el más considerado el origen del TDAH son genéticos-familiares; donde se afirma que hay una incidencia genética hereditaria observada en los casos clínicos estudiados, sobre todo de padres, madres y hermanos. Esto se daría por una alteración de los cromosomas en la estructura genética (ADN).

Este autor si bien expone estos puntos, considera una verdadera causa el factor genético familiar, ya que desconoce cómo el ambiente y sobre todo la dimensión geográfica puede afectar y provocar el TDAH, ya que generalmente los síntomas y problemas generados por el trastorno son los mismos, a pesar de las diferencias que puedan existir en los casos.

Por otra parte (Quintero.J: Castaño de la Mota.C; 2014) en su artículo mencionan la heredabilidad como la principal causa genética sosteniendo que sucede en un 75% de los niños/as o adultos. Pero también plantean los factores ambientales, y a diferencias del autor anterior, consideran que los factores ambientales son fundamentales y determinantes, ya que el hierro es un metal necesario para el desarrollo del sistema nervioso central y sus funciones, sobre todo en el control de los neurotransmisores que envían la información. El cuerpo humano requiere la presencia de algunos metales y la ausencia de estos puede afectar el desarrollo. También menciona la importancia de la dieta que realice la persona, puedan influir aumentando las posibilidades de padecer TDAH.

El autor Barkley (Barceló, 2005, 359) descarta definitivamente que existan factores ambientales o alimenticios, toxinas así como estilos educativos o de crianza que favorezcan la aparición del trastorno pueden considerarse moduladores pero afirma que no existe evidencia científica que lo compruebe.

### **1.3 ¿Cuándo hablamos de TDAH en la actualidad de qué hablamos?**

En la clasificación de enfermedades de la OMS, CIE-10 figura dentro de los Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia, en el apartado de trastorno hiperactivo, con cuatro variantes:



Trastorno de la actividad y de la atención, Trastorno hipercinético disocial, Otros trastornos hipercinéticos, Trastorno hipercinético sin especificación. (OMS, 1995, p; 360)

Se destaca que el Trastorno Hipercinetico comienza generalmente durante la primera infancia, y entre sus rasgos más notorios está la falta de constancia para realizar actividades de participación de la función intelectual, el cambio constante de actividades sin culminar ninguna, así como también la desorganización excesiva al realizarla.

Es frecuente que se observe impulsividad, imprudencia y por esta razón suelen tener muchos accidentes. Socialmente son desinhibidos y carentes de reservas, generalmente se aíslan. Existen otras afecciones frecuentes asociadas que complican el trastorno, como el retraso motriz y del lenguaje.

Cabe destacar que para ser diagnosticado con este trastorno es necesario que los síntomas sean excesivamente más contundentes y prolongados que lo esperado para la edad del niño que se está tratando, ya que son conductas similares a las propias de niños pequeños, para evitar errores de diagnósticos se debe presentar un patrón perdurable de comportamiento durante seis meses o más, esto último también para descartar la presencia de algún otro trastorno dominante o asociado.

Por otra parte en la última edición del DSM-5 define el TDAH como: “Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por inatención, y/o hiperactivo-impulsivo”. (DSM-5, 2013; p; 86).

Según este manual se entiende por inatención algunos comportamientos que resulten inapropiados según la edad del paciente, que afectan directamente sobre lo

social, laboral y educativo, además deben cumplir con la norma de padecer 6 o más de los puntos que expondremos a continuación por un tiempo prolongado de al menos 6 meses.

Algunas de las dificultades manifestadas por ellos apuntan a escasa atención a la tarea y los detalles, perjudicando su desempeño y rendimiento. Las dificultades para comprender cuando se les habla directamente afectan la comprensión de instrucciones, o cumplimiento de reglas, que en definitiva perjudican su labor. La organización es un problema constante en estos niños, ya que no logran organizar tareas, actividades, pierden sus útiles, cosas personales, se distraen con mucha facilidad, olvidan las actividades rutinarias y esto representa disgustos provocando escasa iniciativa en participar en actividades donde requieren muchos pasos.

Por otra parte, la hiperactividad e impulsividad presenta los mismos rasgos antes expuestos y otros puntos característicos. Jugueteo con golpes de las manos o los pies, retorcerse en el asiento, levantarse en situaciones en que se espera que permanezca sentado, corre o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado, es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas, habla excesivamente, responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta, le es difícil esperar su turno, interrumpe o se inmiscuye con otros.

Algunos o varios síntomas son visibles antes de los 12 años, en dos o más contextos, como hogar, escuela, entre otros, y está comprobado que interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

En resumen hay una subdivisión, donde los pacientes pueden padecer hiperactividad con predominio de inatención, hiperactividad con predominio hiperactivo-impulsivo, o de tipo combinado donde se identifican ambos.

Si comparamos ambas guías, que conjuntamente a otras son utilizadas para diagnosticar el TDAH actualmente, podemos decir que presentan algunas diferencias significativas, en cuanto a los signos identificados, la terminología, y sobre todo entendemos que es más prolongado el diagnóstico desde la guía de OMS, puesto que es mucho más rígida, con el fin de evitar falsos diagnósticos.

Para continuar se expone el modelo atencional de Douglas, que fue el primer modelo en referirse al trastorno y del cual parte el modelo de Barkley, que en definitiva contribuyeron a las definiciones que hoy tenemos de DSM-5 y CIE-10 antes expuestas.

**El modelo atencional de Virginia Douglas** partió del trabajo con niños con problemas de hiperactividad, conducta y aprendizaje a los que se le aplicaban una serie de evaluaciones que están enfocadas al procesamiento de información.

Este modelo se llevó a cabo en un largo periodo de tiempo y pasó por diferentes etapas, pero desde el comienzo del mismo se mantuvo al margen la sobre-actividad motora ya que se decía que la misma no era específica y variaba según situaciones madurativas. Sin embargo, en los niños hiperactivos la variable crítica eran los problemas atencionales.

Este no abordaba estos problemas sino que se basaba en tareas que evidenciaban el rendimiento de dos aspectos, la capacidad de atención sostenida (detectar los estímulos que constituyen objetivos durante largos períodos de tiempo) y la impulsividad o control motor (responder sólo ante los estímulos objetivos).

La autora expone que es posible que el origen del trastorno este basado en cuatro predisposiciones básicas que los niños presentaban y que podrían ser modificadas por factores ambientales; algunos de estos son el rechazo o poco interés por dedicar

atención y esfuerzo a tareas complejas, búsqueda de estimulación y gratificación constante, bajo control para inhibir su impulsividad, y por último no es capaz de planificar la resolución de problemas.

Estas predisposiciones suelen desencadenar en deficiencias secundarias que no permiten el desarrollo de esquemas y estrategias, escasa resolución de problemas, problemas para planificar y controlar sus acciones. Por lo general ya en etapas como la preadolescencia, el proceso culmina en continuas experiencias de fracaso, tanto en el ámbito educativo como en el social.

Este modelo atencional tuvo sus dudas y críticas, a lo que se planteó que los resultados del mismo solían dirigir a un tipo de TDA, ya que sus resultados finales se asemejan bastante a las predisposiciones de las cuales se partía como causa del trastorno.

A fines de los años ochenta surge **una visión de Barkley**, siendo una alternativa al modelo atencional descrito por Douglas, que se basa en la “desinhibición conductual”. Comienza con una nueva definición de los componentes del TDAH, la inatención e impulsividad. Para llegar a esto retoma el planteo conductual del psicólogo Skinner, destacando que el problema central es el de “control de estímulos”.

Define la inatención como la baja relación que se da entre un estímulo y la conducta que previsiblemente debería desencadenar, mientras que la impulsividad refleja, por un lado, una incapacidad para demorar reforzadores y, por otro, precipitación en la consideración de las condiciones estimulatorias presentes. (Servera Barceló, 2005, P; 360)

Barkley expone que el comportamiento característico de los niños con TDAH se da en dos déficit: Una incapacidad para generar CGR (conductas gobernadas por reglas) y por otro lado una respuesta anormal a las consecuencias del medio.

Las conductas gobernadas por reglas son objetivos y consecuencias provenientes de estímulos verbales internos, los niños requieren un periodo de tiempo para conocerlos, procesarlo para luego ejecutarlo, requiriendo primero de un adulto que lo transmita. Estas se dan relacionadas al cumplimiento, se da una orden y automáticamente o en breve periodo de tiempo el niño/a debe ser capaz de contenerla para poder ejercerla sin ayuda externa, pero en los casos de TDAH no se obtiene respuesta a ese estímulo de orden.

El proceso de autorregulación empieza con la inhibición de respuestas prepotentes y las habituales. Es decir avanza la autorregulación cuando el niño es capaz de procesar y tomar control de sus acciones y se dedica un lapso de tiempo a evaluar la conveniencia de cada una. El niño debe ser capaz de evitar que factores ambientales o propios interrumpan ese momento de toma de decisión.

En este modelo el tiempo juega un papel fundamental, ya que ellos no pueden identificar el aquí y ahora, no tienen la capacidad de pensar lo que puede pasar a futuro. La única manera de asimilar las consecuencias de sus acciones es que se dé enseguida de accionar, ya que luego no será capaz de asumirla. Por lo tanto, no se trata, como hemos comentado, de que no sepan qué hacer, sino que carecen de la mínima capacidad organizativa, de planificación y de control de su actuación.

#### **1.4 El diagnóstico de TDAH.**

Según lo planteado por los autores Compains.B, Álvarez. M.J : Royo. J ; (2002) el diagnóstico debe ser clínico, en la mayoría de los casos se realiza un interrogatorio

donde se evidencian aspectos del paciente, una exploración psicopatológica ya es suficiente, en algunos casos se realizan pruebas neuropsicológicas y evaluaciones psicométricas que evalúan al paciente desde la resolución de problemas.

Toda la información se debe obtener de al menos 3 fuentes, normalmente son del entorno familiar, la observación de la conducta del niño y el colegio.

Se realizan pruebas de visión o audición en caso de sospecha de déficits, se aplica la prueba de escala de inteligencia para valorar el nivel cognitivo y test de atención. Puede ser recomendable la práctica de analíticas (sobre todo para hacer un diagnóstico diferencial con hipertiroidismo), la evaluación pedagógica con pruebas de aprendizaje o, en caso de sospecha muy fundada, otras pruebas.

La mayoría de los pacientes con TDAH presentan asociados otros trastornos, es decir la comorbilidad la que complica el diagnóstico, empeora la evolución. La misma se da mayormente en varones que tiene otros factores como bajo intelecto, antecedentes familiares de bipolaridad, trastorno depresivo y TDAH.

Los trastornos que se relacionan con más frecuencia con TDAH son trastornos de comportamiento, de ansiedad, de humor, abuso de sustancias y trastornos de aprendizaje.

### **1.5 ¿Qué tratamientos existen para el TDAH?**

En su mayoría los autores consultados coinciden en lo que implica el tratamiento para el TDAH, uno de los artículos consultados para exponer en esta parte fue el de (Compains.B, Álvarez. M.J: Royo. J ;2002) en dicho artículo se exponen tres tipos de terapias que son utilizadas, ellas son: tratamiento psicológico, psicopedagógico y farmacológico.

En general los tratamientos se suelen realizar en conjuntos, paralelamente ya que se aclara explícitamente que el objetivo del tratamiento es mejorar las funciones cognitivas, conductuales y sociales y aumentar la autoestima del niño con el menor número de efectos secundarios. Existen distintos abordajes terapéuticos, pero parece que el tratamiento combinado –“multimodal“– es el que ofrece mejores resultados.

**1.5.1 El tratamiento psicológico** es brindado por un profesional especialista en el área de psicoterapia cognitivo-conductual y familiar, que conozca sobre el trastorno y pueda actuar de forma adecuada al caso; se aclara que no siempre quienes padecen TDAH se tratan con fármacos, esto lo deciden médicos especialistas en caso de considerarlo necesario, específicamente en niños menores de 6 años no es recomendable la medicación, aunque generalmente tampoco se lo diagnostique a dicha edad.

Este tratamiento generalmente se basa en programas que apuntan a modificar la conducta, dirigidos no solamente al niño o paciente sino a padres y educadores, ya que es muy importante que aquellos que están en continuo relacionamiento con el niño, sepan cómo actuar y modificar sus conductas para que pueda superar cualquier dificultad.

A grandes rasgos el tratamiento psicológico apunta a acompañar a padres y familia, así como a docentes y con el niño específicamente trata de hacerlo consciente de sus acciones, mediante actividades que lo pongan a prueba, para así solucionar de diferentes formas, ayuda a crear conciencia y también a manejar sus impulsos, cabe destacar que esto es el ideal, no siempre se logra, ya que depende mucho del tipo de TDAH que presente el niño y también las comorbilidades.

Se mencionan diferentes tipos de terapias, ellas son:

Terapia individual: se encarga de mejorar la autoestima, reforzar habilidades sociales y funcionales, además modificar conductas desadaptativas.

Terapia grupal: tiene como objetivo la modificación de conducta-entrenamiento grupal y de habilidades de socialización e interacción.

Terapia familiar: entrenamiento familiar en el manejo conductual del niño hiperactivo; régimen estructurado de castigos y recompensas, trato firme, establecer reglas, límites, etc.

Entrenamiento para padres: Informar sobre el trastorno, explicar los motivos de la conducta y aportar estrategias para el cambio. Adicionalmente modular expectativas y potenciar adherencia al tratamiento.

Terapia cognitiva/conductual al niño: Se realiza una valoración de la conducta del paciente y de los elementos, en donde se produce un cambio abrupto de la misma, eligiendo elementos que se puedan cambiar o castigar. También se trata de enseñar al niño a que él mismo pueda analizar y controlar las conductas no deseadas. Se basan en técnicas de resolución de problemas y autopercepción.

Entrenamiento en habilidades sociales: Esta terapia se realiza para potenciar la relación con pares, padres y profesores, entre otras técnicas de relación y asertividad.

Generalmente se implementa como terapia grupal.

**1.5.2 El tratamiento psicopedagógico** es un elemento imprescindible en el abordaje de estos niños y para que sea eficaz la intervención debe llevarse a cabo en los contextos naturales en los que deben ejecutarse los comportamientos deseados. Es importante destacar que la preparación de los docentes es imprescindible, estos deben conocer el TDAH, información general al menos, diferentes técnicas para trabajar con ellos, como modificar algunas conductas, el uso de estrategias para organizar y direccionar los comportamientos.

**1.5.3 Tratamiento farmacológico** refiere a diferentes medicamentos que son utilizados precisamente para contrarrestar los síntomas del trastorno. Es un tratamiento



que nunca se brinda solo, como se ha expresado anteriormente los tratamientos se brindan conjuntamente, para obtener mejores resultados aunque nunca están garantizados.

La aplicación de fármacos para mejorar el TDAH se conoce desde 1937 momento en que se encontró un efecto beneficioso en el uso de las anfetaminas. En la actualidad se siguen dos líneas de tratamiento: Estimulantes y antidepresivos. Estos fármacos al actuar efectivamente facilitan la intervención psicosocial.

Un tratamiento combinado con efectos positivos en general, es cuando al retirar la medicación o disminuir sus dosis las diferentes técnicas conductuales enseñadas a los padres, estrategias de autocontrol y resolución de problemas aprendidas por los niños puedan mantenerse y practicarse para así a más largo plazo mejorar la calidad de vida del niño como su familia, facilitando su interacción social.

## **Capítulo 2: Niños sin diagnóstico.**

### **2.1 Características del niño de 5 años.**

Según el planteo de la guía (UNICEF, 2014) los niños de 5 años son decididos, seguros de sí mismos, independientes en sus necesidades personales, más reservados, demuestran intencionalidad en sus realizaciones, son realista. Depende del adulto, pero también compite con él, buscando su error. Les agrada su supervisión y la solicita. Son serviciales, afectuosos, comprensivos y conversadores. Sus estados de ánimo son pasajeros y se repone rápidamente si éstos son negativos. Pueden controlar su llanto.

Respetan las normas establecidas por el adulto y por el grupo, se molestan muchísimo ante cualquier injusticia. Son responsables y le gusta cooperar, siendo capaz

de cumplir con algunos encargos. Son perseverantes, les gusta terminar lo que ha comenzado, en el mismo día, o en jornadas siguientes. Transitan la etapa del juego socializado: comparten situaciones de juego y materiales, juegan con grupos numerosos, le gusta participar, cooperar y mantener la unidad grupal.

Esperan los turnos y exigen que los demás hagan lo mismo. Escuchan atentos los relatos de sus compañeros y hacen preguntas para conocer más detalles de lo sucedido. Se comportan correctamente en los espectáculos públicos.

En el desarrollo motor, tiene un mejor manejo en lo motriz, lo recomendado es facilitarles recursos que sean variados y en cuanto al desarrollo emocional, tienen mejor sentido del tiempo y de la dirección, pueden seguir la trama de un cuento sin problema, ya no están inclinados tanto hacia la fantasía, pueden seguir con el mismo juego al día siguiente, atienden a un estímulo durante más tiempo seguido, puede repetir una larga sucesión de hechos.

Respecto al desarrollo del lenguaje, se les entiende mejor lo que hablan, preguntan el significado de una palabra, su evolución en el lenguaje es notable, y acompañan sus juegos con diálogos.

Comienzan a interesarse por aprender a escribir y a leer. Va adquiriendo conductas como copiar su nombre sin dificultad, dibuja 6 o más partes de la figura humana, conoce el nombre de sus padres, nombra y señala colores primarios, usa correctamente tiempos verbales y plurales. Es capaz de resolver problemas sencillos, ordena los juguetes con atención, puede contar hasta diez objetos, tolera mejor las actividades tranquilas.

## **2.2 ¿ Hiperquinesia o hiperactividad?**

Se define Hiperquinesia como una inestabilidad psicomotriz, un cuadro clínico que da comienzo en edades tempranas en torno a 4 o 5 años. Es común que las personas que lo padecen presenten otras afecciones como fatiga al involucrarse en las tareas, así también son impulsivos y se distraen con mucha facilidad. (Bielsa, A.; Tomás, J.1994)

La OMS define hiperquinesia como comportamiento alterado por incremento excesivo de actividad y movimiento. Expresa que la hiperquinesia está presente en aquellos trastornos en donde la hiperactividad, la incapacidad para mantener la atención y la impulsividad son las características más importantes que se encuentran dentro de ella. También la agresión y los cambios de ánimos son síntomas que se manifiestan. Al presentar estas características es claro que puede ser fácilmente confundida con la hiperactividad, Es una dificultad que posiblemente todos los niños presentan a la hora de sostener la atención.

Resulta fundamental conocer las características de ambos trastornos, porque son similares y pueden confundirse, sobre todo pensado desde el rol docente y la influencia en la instancia previa a un diagnóstico, pudiendo afectar al niño, siempre enfocados a evitar un mal diagnóstico de TDAH.

### **2.3 Diferencias entre altas y bajas capacidades y el TDAH.**

Las altas capacidades es una condición no muy frecuente pero que puede pasar en niños, presentan algunos comportamientos específicos pero sobre todo a nivel cognitivo. En esta instancia marcaremos la diferencia que se da entre altas y bajas capacidades, así también la influencia de estas en el TDAH, ya que es común que ocurran confusiones al respecto.

Para abordar este tema se atiende al planteamiento de (Álvarez-Cárdenas, F; Peñaherrera-Vélez, M.J; 2019).

Las autoras plantean que los alumnos que presentan altas capacidades intelectuales son aquellos cuyo rendimiento supera las capacidades esperadas normalmente para ese rango de edad al cual pertenece. Suelen desenvolverse de manera diferente a la hora de resolver un problema o realizar tarea, aprendiendo fácilmente cualquier materia o temática.

Son pocos los casos de niños ubicados en un lugar excepcional por su alto nivel intelectual pero que a su vez se ubican en un rango inferior por el trastorno que presentan. El más frecuentado en las escuelas es la alta capacidad intelectual y TDAH.

Los niños que presentan esta combinación de altas capacidades y TDAH, suelen tener características propias de cada una, de las primeras tales como razonamiento rápido, creatividad. Y a su vez presentan aspectos característicos del TDAH como inatención, impulsividad e hiperactividad.

No hay un perfil ejemplar que identifique a quienes presentan esta combinación, pero sí algunos aspectos que pueden facilitar su identificación, como aburrirse de la rutina, no tolerar el fracaso, se les dificulta cambiar su punto de interés, son muy autocrítico e impaciente, tienden a ser dominante y le cuesta ponerse de acuerdo con otros.

Estos presentan una di sincronía entre el desarrollo social, emocional y las altas capacidades. Comúnmente logran controlar eficazmente su atención frente a estímulos motivadores que permiten su mejor comprensión y sean de su interés.

Son minoría los que presentan esta doble excepcionalidad, por eso es necesario una evaluación completa de las altas capacidades. De igual manera el diagnóstico de TDAH debe ser abordado y evaluado desde una perspectiva psicológica y educativa, valorando el ámbito familiar, educativo y social. Ambas están vinculadas a emociones y sentimientos que impiden el desenvolvimiento en los diversos ámbitos.

En sus hogares suelen tener conductas emocionales incontrolables para los padres, y los mismos deben de buscar estrategias para su debida atención, incluso algunos son medicados.

Al identificarlos como alumnos que presentan esta doble excepcionalidad, suelen presentarse de diferentes maneras. En un caso puede que el TDAH oculta las altas capacidades, ya que su rendimiento y sus conductas son de nivel bajo o promedio y no elevado como debería ser. En otro caso puede suceder que las altas capacidades ocultan las dificultades de aprendizaje, siendo el alumno quien utiliza sus fortalezas para superar sus déficit.

Muchas veces puede pasar inadvertido por los educadores debido al escaso conocimiento que poseen sobre esta combinación. Esto perjudica a los estudiantes puesto que pueden desarrollar la creatividad, imaginación y en algunas actividades aburrirse, distraerse dentro del aula, pudiendo provocar problemas al docente.

Muchos de estos niños que presentan altas capacidades llaman la atención de los educadores ya que son en muchos casos quienes distorsionan la clase debido a su distracción, se paran y molestan. A diferencia de los alumnos que puedan presentar un nivel intelectual bajo, denotando en la realización de tareas, participación en juego, colaboración entre otras dentro del aula, y el docente no nota ya que no interrumpe, no molesta, escasa vez participa. Estos niños presentan las habilidades cognitivas e intelectuales disminuidas y no se desarrollan normalmente en comparación con niños de esa misma edad.

Realizar tareas requiere más esfuerzo que al resto de los alumnos, asimilan más lentamente, les dificulta los ejercicios de lógica es por eso que también requieren una atención especializada para ejecutarlas. En ambos casos los perjudicados siempre serán los niños.

## **Capítulo 3: La educación para niños con TDAH en Uruguay.**

### **3.1 La educación en Uruguay.**

Este capítulo se enfoca al marco legal que garantiza la educación para los ciudadanos uruguayos, pero también al respaldo que poseen en ellas todas las personas que poseen una discapacidad, si bien el TDAH en si no es una discapacidad, sino un trastorno neurobiológico como se expuso antes, en un alto porcentaje de pacientes presentan comorbilidades como dificultades de aprendizajes, motriz entre otras. Es por eso que también se incluye el marco legal que garantiza la educación para todos aquellos que presentan otras dificultades en su desarrollo.

En Uruguay la educación es un recurso muy valioso con el cual contamos, y si a eso nos referimos es necesario mencionar la Ley general de educación Uruguay N° 18.437, en la que están presentes los siguientes artículos que son la base para garantizar la educación para todos los ciudadanos.

#### En su Artículo 1°. (De la educación como derecho humano fundamental).-

Declarase de interés general la promoción del goce y el efectivo ejercicio del derecho a la educación, como un derecho humano fundamental. El Estado garantizará y promoverá una educación de calidad para todos sus habitantes, a lo largo de toda la vida, facilitando la continuidad educativa.

#### Artículo 2°. (De la educación como bien público).- Reconócese el goce y el

ejercicio del derecho a la educación, como un bien público y social que tiene como fin el pleno desarrollo físico, psíquico, ético, intelectual y social de todas las personas sin discriminación alguna.

En estos artículos se brindan garantías para que accedan a la educación todas las personas si así lo desean, denominado como un derecho humano fundamental, que debe ser de calidad e igualdad de contenidos para todos los habitantes del territorio uruguayo. El artículo N°2 en el que se expresa la educación como bien público con el fin de desarrollo integral de los habitantes y asegurando una equidad e igualdad para ellos.

Por otra parte se considera importante anexar el artículo N°8, en el cual se plantean las garantías sobre la diversidad e inclusión educativa;

Artículo 8°. (De la diversidad e inclusión educativa).- El Estado asegurará los derechos de aquellos colectivos minoritarios o en especial situación de vulnerabilidad, con el fin de asegurar la igualdad de oportunidades en el pleno ejercicio del derecho a la educación y su efectiva inclusión social. Para el efectivo cumplimiento del derecho a la educación, las propuestas educativas respetarán las capacidades diferentes y las características individuales.

### **3.2 Educación en la Primera Infancia.**

La ley general de educación en sus artículos N° 7 y 24, explícita la franja etaria y obligatoriedad de la educación, partiendo desde nivel inicial, también los derechos que posee la misma, edad que comprende este trabajo.

Artículo 7°. (De la obligatoriedad).- Es obligatoria la educación inicial para los niños y niñas de cuatro y cinco años de edad, la educación primaria y la educación media básica y superior. A tales efectos, se asegurará la extensión del tiempo pedagógico y la actividad curricular a los alumnos de educación primaria y media básica. Los padres, madres, o responsables legales de niños, niñas y

adolescentes, tienen la obligación de inscribirse en un centro de enseñanza y observar su asistencia y aprendizaje.

Artículo 24. (De la educación inicial).- La educación inicial tendrá como cometido estimular el desarrollo afectivo, social, motriz e intelectual de los niños y niñas de tres, cuatro y cinco años. Se promoverá una educación integral que fomente la inclusión social del educando, así como el conocimiento de sí mismo, de su entorno familiar, de la comunidad y el mundo natural.

En el primer artículo se expresa la obligatoriedad de la educación para niños de 4 y 5 años de edad, de esta forma se busca un buen acceso de estos al sistema y se responsabiliza directamente como garantes de este derecho a padres, madres o responsables legales, estos tienen la obligación de acercarlos a un centro educativo, y también asegurarse de la asistencia y calidad de la misma. Por otra parte el artículo N°24 trata sobre la garantía de educación a niños de 3, 4 y 5 años basándose sobre todo en la estimulación del desarrollo afectivo, social, intelectual, motriz de ellos, se proveerá una educación integral, donde fundamentalmente se fomentará la inclusión y el trabajo en comunidad.

### **3.3 Escuela inclusiva en Uruguay.**

Hacer referencia a la inclusión educativa es necesario atender al siguiente artículo de la Ley de discapacidad N° 18651 del 2010 en su artículo N° 40 en el cual se expresa lo siguiente:

La equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad, desde la educación inicial en adelante, determina que su integración a las aulas comunes se organice sobre la base del reconocimiento de la



diversidad como factor educativo, de forma que apunte al objetivo de una educación para todos, posibilitando y profundizando el proceso de plena inclusión en la comunidad.

Se garantizará el acceso a la educación en todos los niveles del sistema educativo nacional con los apoyos necesarios.

Para garantizar dicha inclusión se asegurará la flexibilización curricular, de los mecanismos de evaluación y la accesibilidad física y comunicacional.

Pero también en este sentido se cuenta con la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (ratificado en nuestro país por la ley N° 18418 del 2008, y en su artículo N° 24 señala lo siguiente: Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a la educación. Con miras a hacer efectivo este derecho sin discriminación y sobre la base de la igualdad de oportunidades, los Estados Partes asegurarán un sistema de educación inclusivo a todos los niveles así como la enseñanza a lo largo de la vida.

Con esta se pretende asegurar el pleno desarrollo humano reforzando el respeto por los derechos humanos, las libertades fundamentales y la diversidad humana.

## **Capítulo 4: La familia y los niños con TDAH**

### **4.1 ¿Qué pasa en la familia de un niño con TDAH?**

Los casos de TDAH son muy variados en todo el mundo, dependiendo de diversos factores, las dificultades suelen ser distintas ya que los niños no presentan las mismas conductas, o comorbilidades, la situación económica de la familias, el país, entre otros muchos factores que pueden influir. Mediante el trayecto realizado hasta

ahora, se ha podido saber que muchos niños que presentan el trastorno al llegar a la adultez pueden lograr culminar estudios y formar familias, poseer trabajos estables aun presentando algunas dificultades propias del trastorno, por otra parte también es una realidad que existe un gran porcentaje de fracaso escolar, adicciones, y problemas con la justicia.

Según lo planteado por (Abad Mas.L; Arrighi.E;Fernández.L; a.c, 2012) las personas con este trastorno no se pueden curar, por eso deben aprender a vivir con estas dificultades y sobrellevarlas de la mejor manera. Su entorno cercano debe apoyar y procurar que aprendan a involucrarse en el entorno dándoles lugar a experimentar por sí mismos y en caso de no ser adecuada su postura ayudarlo a buscar la mejor forma.

Las características propias de estos niños, impulsivos, desatentos, hiperactivos dificultan la labor de los padres, (Presentacion;M.J. Pinto,V.Melia.A.Miranda.A. 2009) afirman que esto provoca frustración, culpabilidad, estrés, baja autoestima o insatisfacción en su rol ya que se consideran poco capaces de desempeñarlo, considerando incluso una calidad de vida insatisfactoria. Por otra parte socialmente se excluyen, ya que son juzgados por el comportamiento de sus hijos, y al compararse con otros padres aumenta el rechazo y negación a tal situación que les toca vivir, llegando incluso a replantearse sus expectativas y lo que les sucede.

El temperamento de los niños con TDAH, sumado a todas las experiencias negativas que los padres generan un clima familiar muy complejo, desarrollando un estilo de disciplina impositiva, para la crianza de sus hijos. Implementan estrategias de control agresivas y autoritarias, emplean tonos de voz serios y mayormente comentarios negativos, claramente esto tiende a agravar las condiciones del trastorno, porque genera rechazo, poca comprensión y atención.

Es frecuente que cuando un niño es diagnosticado con este trastorno la familia se sienta en caos, sobre todo los padres, pensando en el factor hereditario. Creen ser ellos quienes pudieron evitar eso, también pueden sentirlo como un castigo, pero en definitiva esto no es verdadero; de todas formas genera un autoestima baja en el círculo familiar.

Al retomar el planteo de (Abad Mas.L; Arrighi.E;Fernández.L; a.c, 2012) lo recomendado es acudir siempre a un profesional de la salud mental, para reforzar la autoestima de la familia cercana, en estas terapias se busca reforzar la reflexión de cómo se siente el otro, pero sobre todo se trata de darles su espacio a cada miembro, ya que cuando hay un niño con TDAH las familias suelen ser caóticas, puesto que toda la atención está enfocada en esa situación y no saben cómo manejarla, poner límites, darse el momento y espacio que cada uno necesita.

### **Capítulo 5: Estrategias de intervención.**

Los niños con TDAH presentan características particulares, diferentes en cada caso y esto es un factor que lo transforma en un caso único en cada individuo. Entre las dificultades características del trastorno se encuentra problemas para prestar o sostener la atención en las actividades, dificultades para mantenerse quietos, seguir normas, planificar acciones entre otras, por esto es muy necesario pensar y aplicar en el aula estrategias de intervención que contribuyan con sus dificultades facilitando el trabajo docente, priorizando siempre el objetivo principal de estas que es reducir las conductas problemáticas y potenciar el aprendizaje.

Se debe considerar la motivación como un aspecto fundamental en la enseñanza para que los niños estén predispuestos a la hora de aprender, participando e

involucrándose en las actividades porque les resultan interesantes. Cabe resaltar que muchas veces las acciones o elementos que resultan motivadores para otros niños, a los niños con TDAH no es suficiente para despertar su interés.

Es necesario comprenderlo y conocerlo al igual que sus intereses particulares, para poder incluirlo en las propuestas y los materiales didácticos.

Desde los centros educativos que atienden niños con TDAH las estrategias didácticas son el camino indicado, se basan en modificaciones curriculares y otras adaptaciones que claramente deben responder a la necesidad de cada caso, ya que son muy diversos cada uno. En estas modificaciones se deben abarcar las necesidades cognitivas pero también las emocionales y conductuales de los niños con el trastorno, adaptándose a las posibilidades de recursos que posee el centro educativo en el cual se recibe a los niños.

A continuación se desarrollarán diferentes estrategias docentes que pueden ser utilizadas en aulas de nivel inicial para favorecer el relacionamiento diario en el mismo. Cabe destacar que pueden ser consideradas y abordadas dependiendo de las particularidades del niño. Utilizar estrategias didácticas inclusivas en niños con TDAH, por parte de docentes ayuda a un mejor desarrollo académico, social y emocional.

(Siegenthaler Hierro-R; Presentación Herrero.Mª Jesús) enlista diferentes estrategias en el aula que se expondrán más adelante.

Para mayor comprensión fueron agrupadas de tres formas, Estrategias docentes, Organización del aula e Intervención docente.

**5.1 Estrategias docentes:** Son recomendadas para utilizarse por los docentes en situaciones donde hay dispersión y requiere atraer la atención de los niños. Lo más

adecuado es mantenerse cerca del niño para explicar el trabajo a realizar, motivar a colaborar en la organización de los materiales de la tarea, utilizar recursos didácticos llamativos, proponer tareas de corta duración, incluso se recomienda fraccionar aquellas actividades complejas, asegurarse de que sean variadas y facilitar el pasaje de una actividad a otra de manera fluida. Solicitar que reconozca el procedimiento de la tarea que realiza, presentar una agenda para llevar un control de las tareas que se van a trabajar, premiar como refuerzo positivo a aquellos que están en forma ordenada. Promover el acompañamiento entre pares. Los momentos de distensión para moverse y caminar son muy eficaces para bajar la tensión y poder continuar con la actividad.

**5.2 Organización del aula:** La estructuración del aula, conjugando la disposición de muebles y materiales, deben ser acogedores y sobre todo motivadores para los niños, es por eso que algunas recomendaciones de esta distribución para el trabajo de niños con TDAH apuntan a que su ubicación dentro del aula sea alejados de ventanas y puertas, evitando los agrupamientos en formas cuadradas, porque son más propensos a distracciones, se recomienda si trabajar por ejemplo en forma de herraduras o parejas. Proporcionar rincones móviles, con materiales diversos así también trabajar con material que sea atractivo y motivador, favoreciendo un aprendizaje significativo.

**5.3 Intervención docente:** estas son acciones que el docente realiza dentro del aula para guiar el desarrollo de la actividad. Las claves verbales u otras son fundamentales para direccionar su atención, al momento de trabajar con ellos se recomienda utilizar lenguaje claro, gesticular más, utilizar cambios de voz, mantener el contacto visual, utilizar refuerzos y alabanzas como técnica para modificar la conducta, plantear preguntas frecuentes y ofrecerle retroalimentación mediante breves intervenciones para favorecer la atención.

En niños con TDAH existe poca o nula motivación intrínseca por eso lo ideal es promover la participación en el aula explicando el objetivo de cada actividad, ofreciendo contenidos que sean del interés del niño, planteando metas a corto plazo, modificar las tareas, proponer actividades que garanticen el éxito. Por otra parte también poseen poco control de las emociones y por eso es necesario enseñarles a los alumnos a interactuar con otros, en diferentes tipos de situaciones o tareas que sean del interés del niño y desarrollen su responsabilidad, retroalimentando las emociones para que reflexione sobre sí mismo y sus conductas.

## **5.2 La tecnología como estrategia de una educación inclusiva.**

### **5.2.1 Ceibal: CeRTI Tecnología para la inclusión**

Desde la plataforma ceibal, se encuentra disponible el CeRTI CEIP-Ceibal (centro de referencia en tecnología para la inclusión) que es un espacio para la construcción de estrategias mediante el uso de tecnologías que potencien los aprendizajes dentro de los espacios educativos, en todos sus niveles y modalidades, y que también faciliten las actividades de la vida cotidiana. Durante el año 2020 funcionó mediante un convenio con la institución educativa Creática.

Como se lo explica en la plataforma oficial el centro ofrece un equipo de técnicos disponible todos los días de la semana para recibir y asesorar a docentes y familias con niños con discapacidad respecto de herramientas tecnológicas que permitan vencer alguna barrera de acceso, de comunicación, etcétera, y/o continuar desarrollando capacidades.

Las principales líneas de acción y servicios son: Asesoramientos sobre estrategias y recursos tecnológicos dirigidos a docentes y familias de estudiantes en

situación de discapacidad o que se enfrentan a barreras para el aprendizaje. Asesoramiento para el recambio de equipo por motivos de accesibilidad, espacios de formación a través de cursos, *webinars* y charlas, comunidad de práctica a través de la gestión del grupo en CREA “CeRTI Ceibal”, gestión, capacitación y asesoramientos en torno a las “Valijas Viajeras”. Si bien esto beneficia a los niños y sus familias con el acceso a la tecnología no se trata de aplicaciones específicas sino de acciones que se pueden llevar a cabo.

### **5.3 Aplicaciones que ayuden a niños con TDAH.**

Desde la página oficial de *Educrea* se tomaron algunos ejemplos de aplicaciones que contribuyen mejorando los problemas generados por el TDAH en niños, implementando la tecnología como un recurso innovador en el aula, pero sobre todo considerando la dimensión de la tecnología en la vida de los niños en la sociedad actual. Es importante destacar que existen muchas aplicaciones que no especifican ser para niños con TDAH pero sí de entrenamiento de la memoria y la concentración factores fundamentales en ellos.

**APRENDE A ORDENAR:** Esta aplicación está disponible para Android, y ha sido diseñada para trabajar la atención y la capacidad de concentración de los niños. Además impulsa al estudiante a desarrollar la lógica y a clasificar objetos en las categorías que les correspondan, así como a trabajar la psicomotricidad fina. Les ayuda a aprender muchas palabras nuevas (en diferentes idiomas) y adquieren habilidades y conocimientos básicos, mientras se divierten muchísimo. Se han diseñado varios escenarios diferentes para que el niño/a pueda disfrutar clasificando cada uno de los diferentes objetos en sus categorías correctas

**ITBOOK LAS EMOCIONES** (Cuentos emociones): Cuentos y actividades para aprender a reconocer las emociones. Los cuentos están estructurados alrededor de una historia en la que los niños deberán reconocer, aprender y poner en práctica todo aquello que a los personajes les provoca miedo, tristeza, alegría, rabia.

**La aplicación para Android “Juegos educativos preescolar”** es otra opción, ya que en ella se encuentran una diversidad de actividades abarcando diferentes áreas, como lengua, matemática y ciencias en actividades como clasificar, trazar y descubrir objetos ocultos. Se encuentra disponible en español, es dinámica, colorida y cuenta con música o sonidos acorde a cada actividad.

Estas aplicaciones pueden resultar útiles a la tarea docente implementando en rincones, o de otras formas, porque resulta atractivo a todos los niños/as y específicamente a los niños con el trastorno ya que a ellos les cuesta mucho más identificar y reconocer las emociones.



## **Reflexión final.**

Al llegar a esta instancia consideramos haber logrado el objetivo general, en el que se propone recopilar estrategias que sirvan a los docentes en sus intervenciones en niños con TDAH.

En el transcurso del presente trabajo encontramos variada bibliografía, trabajos de grados de diversas universidades que denotan el interés de diferentes profesionales por investigar y abordar este trastorno. Es importante destacar que en Uruguay en los últimos años se ha avanzado en estudios y compilación de información respecto al tema, pero ciertamente la mayor bibliografía proviene de otros países.

En lo que respecta al TDAH podemos afirmar que logramos exponer una definición del trastorno, sus implicancias en el desarrollo normal de los niños que lo padecen. Si bien el diagnóstico mayoritariamente no es dado en niños de 5 años, edad que apunta este trabajo, es importante destacar que desde el rol docente se puede intervenir mediante algunas estrategias aún sin diagnóstico. De igual forma como se lo menciona en el trabajo todos los niños poseen características propias, que los hacen singulares por lo tanto no todas las estrategias sirven para todos los niños.

Entendemos que como docentes debemos conectar con el niño, conocer sus gustos e intereses para motivarlos y atraerlo a la tarea, incluso si eso implica un aumento en las dificultades de las tareas, una estrategia fundamental.

Dicho lo anterior también se incluyen las implicancias de la hiperquinesia y de altas capacidades porque en el transcurso de realización del mismo, repensamos el significado real de estos términos, abarcando el primero un trastornos al igual que TDAH y el segundo apuntando a que no siempre los niños hiperactivos poseen TDAH,

algunos pueden poseer altas capacidades y ocultarse bajo la primera característica. Esto sobre todo pensado desde el rol docente, la relevancia de su palabra a través del informe docente, cuando es tomado como un elemento importante para el diagnóstico.

Debe de tenerse en cuenta que existen diversas formas de intervención, pero sobre todo las características propias del niños, desde el rol docente es fundamental involucrarse y realizar las adaptaciones curriculares necesarias, pero por otra parte también es fundamental con aquellos niños diagnosticados incluso algunos medicados antes de los 6 años, se trabaje conjuntamente con otras instituciones que poseen otros profesionales, ya que son de gran ayuda en mejorar el comportamiento de estos niños.

Debemos reconocer que el objetivo de la educación no radica solamente en transmitir contenidos curriculares, sino en desarrollar competencias para su vida. Actuando como futuras docentes entusiastas con el deseo de ayudar a dichos niños, capacitándonos todo el tiempo en la temática buscando estrategias, materiales, herramientas y sobre todo manteniendo afectividad y empatía para llevar adelante la tarea.

Brindar sostén, información y orientación a la familia , mostrándonos flexibles en nuestra labor pedagógica, con el único fin de cubrir todas las necesidades del alumno, acortando así las distancias que les posibiliten una integración familiar, escolar y social.

Como futuras docentes entendemos que es necesario planificar actividades que permitan mejorar la situación de aprendizaje, primero buscando dar al niño seguridad emocional, en cualquier logro por pequeño que sea, destacar el éxito, motivar a seguir. Las consignas no deben demandar mucho tiempo de realización deben ser claras,

entretenidas y es importante cuidar de la presencia de estímulos que ofician de distracción, por eso es conveniente alejarlo de la puerta, ventanas para conseguir breves momentos de concentración.

El maestro debe saber que la clase frontal y expositiva desvanece más rápido la atención, la atención personalizada, usar reforzadores de la experiencia, no haciendo hincapié de los errores para evitar sensaciones de frustración . Por esto también se debe innovar en el uso de recursos y las tecnologías son un recurso muy apropiado para los niños con atención lábil, teniendo en cuenta por ejemplo el uso de recursos multimedia, vídeos, póster digitales, imágenes 3D, será para el niño una herramienta de gran valor porque movimiento, color sonidos, serán para él estímulos motivadores.

Para finalizar debemos decir que realizar este trabajo fue muy enriquecedor para nosotros, no solo en lo profesional sino también en lo personal, obtuvimos gran conocimiento sobre el tema que nos permitirá en un futuro saber los lineamientos básicos a seguir, pero sobre todo nos llevó a reflexionar sobre la práctica nuestra en las aulas. Sin dudas que realizar este trabajo permitió aclarar nuestras dudas sobre el tema. Esperamos que cumpla este mismo fin en quienes lo lean.

## Referencias Bibliográficas:

Abad Mas.L; Arrighi.E;Fernández.L; a.c; 2012, TDAH origen y desarrollo, Instituto Tomas Pascual Sanz, Madrid España.

Asociación Americana de Psiquiatría, 2013. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, Recuperado de:

<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

Barceló. M. Servera; Mayo de 2005, Modelo de autorregulación de Barkley aplicado al trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión, Universidad de las Islas Baleares, España.

Ceibal, CERTI Recuperado de:

<https://www.ceibal.edu.uy/es/articulo/certi-tecnologia-para-la-inclusion>

Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), Décima Revisión, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. 20037, E.U.A.1995. Recuperado de:

<https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>

Compains,B; Álvarez,MJ; Royo,J; 2002 El niño con trastorno por déficit de atención-hiperactividad (TDA-H). Abordaje terapéutico multidisciplinar, España.

Educrea, 2022, Apps para trabajar con el alumnado con TDAH. Santiago, Chile.

Recuperado de: <https://educra.cl/apps-trabajar-alumnado-tdah/>

Fundación INECO página Oficial. Recuperado de:

<https://www.fundacionineco.org/mas-del-4-de-la-poblacion-mundial-tiene-tdah/#:~:text=Existen%20tres%20subtipos%20de%20TDAH,la%20poblaci%C3%B3n%20mundial%20tiene%20TDAH.>

Gómez Díaz, I; Morán, V; Pereda, M; ET; TDAH y su relación con la motivación en el contexto educativo. Universidad de Huelva.

Méndez Flores, A; La Hiperquinesia: Ciencias Médicas. Recuperado de:

<https://blog.ciencias-medicas.com/archives/989>

Ley N° 18.418. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2008).

Recuperado de: <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/18418-2008>

Ley N° 18437. Ley general de educación. (2008), recuperado de:

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18437-2008>

Ley N° 18651. Ley de protección integral de personas con discapacidad. (2010).

Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18651-2010>

Lozano, Carlos Vivir con un niño hiperactivo. 2015. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El Ateneo; Madrid: La Esfera de los Libros, 208 p.

Mediavilla-García, C; 2003, Neurobiología del trastorno de hiperactividad, Revista neurología, España.

Quintero, J; Castaño de la Mota, C; 2014. Introducción y etiopatogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), Pediatra Integral; XVIII (9): 600-608. España.

Siegenthaler Hierro-R; Presentación Herrero. M<sup>a</sup> Jesús; estrategias didácticas inclusivas en TDAH, Universidad Jaume I. Castellón. España.

Unicef, 2014. Guía de vigilancia del desarrollo del niño y de la niña menores a 5 años.

Ministerio de salud. Uruguay. Recuperado de:

<https://www.unicef.org/uruguay/media/2061/file/Gu%C3%ADa%20de%20vigilancia%20del%20desarrollo.pdf>

Bielsa, A.; Tomás, J. 1994: Hipercinesia. Revista de psiquiatría, Londres

Guzmán Rosquete; R; Hernández Valle; I. octubre 2005, Estrategias para evaluar e intervenir en las dificultades de aprendizaje académicas en el trastorno de déficit de atención con/sin hiperactividad., revista Qurrriculum, pp. 147-174.

Presentación; M.J. Pinto, V.Melia. A.Miranda. A; Agosto 2009. Efectos sobre el contexto familiar de una intervención psicosocial compleja en niños con TDAH. Universidad de Valencia, España.

Lopez.M; Piovesan.S; Patrón.C, Agosto 2016, Orientaciones para realizar una monografía de revisión; Uruguay. Recuperado de:

<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/8395/1/MONOGRAFIA%20Depart.%20de%20Publicaciones%202016.pdf>

Alvarez Cárdenas, F., & Peñaherrera, M. J. (2019, Abril 30). Altas capacidades y TDAH: una doble excepcionalidad poco abordada. Revista de Psicología.

Guía de Referencia (versión 14 de noviembre 2019)

DSM.[https://icd.who.int/es/docs/Guia%20de%20Referencia%20\(version%2014%20nov%202019\).pdf](https://icd.who.int/es/docs/Guia%20de%20Referencia%20(version%2014%20nov%202019).pdf)