



**UNIVERSIDAD DE JAÉN**  
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

# **Repercusiones del TDAH en el alumnado de Educación Infantil**

**Alumno/a:** **María Gema Milla Gómez**

**Tutor/a:** D. Rafael Fco. Delgado Rodríguez

**Dpto.:** Psicología

**Mayo, 2018**

## **RESUMEN**

El TDAH es uno de los trastornos psiquiátricos infantiles más frecuentes, situándose por encima de otros como la esquizofrenia o el trastorno bipolar (DSM, APA, 2013). La prevalencia en la población infantil es cada vez mayor, lo que invita a profundizar en el tema y plantear medidas para mejorar los desórdenes conductuales y emocionales que conllevan el trastorno. En el presente trabajo se realiza una revisión de los aspectos más importantes de esta problemática con un enfoque en la Educación Infantil, realizando un énfasis especial en las consecuencias que la sintomatología del TDAH desencadena en la etapa escolar: déficit de competencia social y personal, problemas aprendizaje, desordenes emocionales, conductas disruptivas, marginación social, etc. Así mismo, dentro del marco práctico se desarrolla un programa de actividades para propiciar una mejoría de la sintomatología del TDAH, acompañado de actividades para reforzar las habilidades sociales e inteligencia emocional en alumnado de Educación Infantil.

**PALABRAS CLAVE:** TDAH, Alumnado, Educación Infantil, Repercusiones, Actividades.

## **ABSTRACT**

ADHD is one of the most frequent psychiatric disorders in children, ranking above others such as schizophrenia or bipolar disorder (DSM, APA, 2013). The prevalence in the child population is increasing, a fact that should make us to delve into this this topic and to develop programs to improve behavioural and emotional consequences related to this problem. In the present essay, the ADHD main aspects in the Pre-primary Education are reviewed, stressing its consequences in this educational stage: deficit in social and personal competences, learning problems, emotional disorders, disruptive behaviors, social marginalization, etc. Furthermore, some activities are developed to improve the ADHD symptomatology within the practical framework, which aim to improve social skills and emotional intelligence in students from Pre-primary Education.

**KEY WORDS:** ADHD, Students, Pre-primary Education, Consequences, Activities.

## ÍNDICE

Justificación.....	4
1. Introducción.....	4
1.1 Definición del TDAH.....	5
1.2 Prevalencia.....	7
1.3 Etiología.....	9
1.4 Características del TDAH.....	11
2. Objetivos.....	12
2.1 Objetivo general.....	12
2.2 Objetivos específicos.....	13
3. Implicaciones de la sintomatología del TDAH en el alumnado de Educación Infantil.....	13
3.1 Implicaciones académicas y en el ámbito escolar.....	14
3.1.1 Rendimiento académico.....	14
3.1.2 Problemas de aprendizaje.....	14
3.1.3 Conductas disruptivas.....	15
3.1.4 Relación profesor-alumno con sintomatología de TDAH.....	16
3.1.5 Relaciones sociales.....	17
3.2 Implicaciones emocionales.....	17
3.2.1 Autoestima y auto-concepto.....	18
3.2.2 Problemas en las relaciones familiares.....	18
3.2.3 Problemas de drogadicción y/o abuso de sustancias.....	19
3.2.4 Problemas para la aceptación social y riesgo de exclusión social.....	20
4. Marco práctico.....	21
4.1 <u>Programación de actividades para la mejora de la sintomatología del TDAH, habilidades sociales e inteligencia emocional en las aulas de Educación Infantil</u> .....	24
5. Conclusiones.....	32
6. Referencias Bibliográficas.....	32
7. Anexos.....	39

## **JUSTIFICACIÓN**

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno que cuenta con numerosos estudios en el plano de la psicología infantil (Moreno, 2008) y ha despertado un alto interés entre la población en los últimos años. Desde mi punto de vista, me parece imprescindible prestar atención al alumnado, a su comportamiento y actitud en el transcurso de la jornada escolar, antes de hacer un diagnóstico basado en la experiencia personal, y probablemente carente de juicio psicopedagógico. Este trastorno tiene un fuerte y prologando impacto en la vida del alumnado, lo que afectará en su progreso evolutivo, en su rendimiento académico, en sus relaciones sociales y, cómo no, en su autoconcepto y autoestima (Moreno, 2008). El TDAH no remite con el paso del tiempo, sino que se prolonga y deriva en una pobre competencia personal conforme avanza la edad del alumnado (Aguilar y Farrington, 2017; Guerrero, 2016). Tanto los familiares como el profesorado carecen de información suficiente sobre el trastorno. Este desconocimiento hace que adoptemos medidas disruptivas que favorecen la construcción de una imagen negativa (Moreno, 2008), deterioro en las capacidades y habilidades intrapersonales y, en definitiva, de su competencia personal. Por lo tanto, creo conveniente prestar atención a las conductas disruptivas y manifestaciones del alumnado desde la etapa de educación infantil, debido a que esta etapa es la base del desarrollo evolutivo y emocional.

## **1. INTRODUCCIÓN**

Un aula de educación infantil es siempre un lugar lleno de diversidad, y por ello es posible encontrarse con alumnado que requiera unas necesidades educativas especiales o atender a posibles alteraciones conductuales que nos alertan del inicio de un posible trastorno o alteración de la conducta (Orjales, 2004), como en este trabajo, un posible trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). El TDAH es actualmente una de las patologías más conocidas en los últimos años (Barkley, 2011). La sintomatología del trastorno ha sido objeto de estudio por pediatras, médicos y psiquiatras desde comienzos del siglo XX. Las controversias que ha despertado esta patología han sido numerosas, suponiendo una continua modificación de los aspectos que engloban al trastorno (etiología, sintomatología, definición, etc).

A finales del siglo XX, el científico y psicólogo Rusell Barkley cambiaría la percepción del TDAH y ofrecería una nueva percepción del trastorno, incidiendo en la necesidad de desterrar la falsa creencia de que esta patología se limitaba a los síntomas de déficit de atención, impulsividad e hiperactividad. (Guerrero, 2016).

Barkley (1990) se refiere al TDAH como un trastorno de alta repercusión en el desarrollo psicológico de quienes lo padecen, pudiendo deteriorar la calidad de vida por su interferencia en la vida social, emocional y cognitiva. El TDAH ha demostrado ser un trastorno crónico que persiste en la edad adulta (Barkley, 1990; Guerrero, 2016), y cuyos síntomas no desaparecen por si solos, sino que pueden intensificarse o sustituirse por otros, pero nunca desaparecerán sin la prestación y atención necesaria (Barkley, 1990; Guerrero, 2006; Moreno, 2008). Las primeras etapas de escolarización son clave para la detección de los síntomas propios de TDAH (Montoya y Herrera, 2014). El centro educativo y el profesorado deben ofrecer medidas para abordar las diversas problemáticas del trastorno (problemas de atención y realización de tareas escolares, conflictos, violencia a casusa de la impulsividad, aislamiento social, etc) (Mena et al., 2006; Orjales, 2004) y atender de esta forma las necesidades educativas que requiere este alumnado. Por ello, hoy en día contamos con programas de intervención para mejorar las limitaciones del alumnado a consecuencia del trastorno, con la finalidad de ayudar a fijar y mantener la atención en la jornada escolar así como para perfeccionar sus capacidades y habilidades personales (Moreno, 2008).

### 1.1 Definición del TDAH

A lo largo del siglo XX fueron varios los estudios llevados a cabo en torno a esta patología con el objetivo de estudiar el origen de este trastorno, siendo el precursor de su investigación el pediatra inglés George Frederick Still, quién en 1902 denominó esta patología como “defecto mórbido de control moral” debido a la presencia de excesiva agresividad en los sujetos sometidos a estudio (Guerrero, 2016). Este autor anticipaba que la etiología de los síntomas de inatención e hiperactividad no era debido a una mala educación o falta de moral como se creía en décadas anteriores, sino que esta patología era una enfermedad neurológica influida por la herencia genética (Guerrero, 2016; Pelayo et al., 2012). Hasta la década de los 50, el TDAH era considerado como un daño cerebral (Guerrero, 2016; Pelayo et al., 2012), qué acaparaba un complejo marco clínico de desórdenes conductuales y cognitivos semejantes a los expuestos por Still (Pelayo et al., 2012).

Ya en los años 70 los aspectos cognitivos, comienzan a ser relevantes en la concepción del trastorno, desechando la hipótesis de que la hiperactividad era originada por una lesión cerebral (Pelayo et al., 2012). Virginia Douglas distinguió entre estos dos subtipos del síndrome: síndrome inatento con impulsividad o sin impulsividad, porque consideraba los desórdenes conductuales disociados a los problemas de atención (Guerrero, 2016; Pelayo et al., 2012). Todos los hechos acontecidos durante la década de los 70 influyeron para que el trastorno obtuviera una nueva denominación en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales (APA, 1980): Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA+H y TDA-H). Este manual fija los criterios para ser usados por los profesionales de salud mental, médicos y demás profesionales clínicos de la salud cualificados para realizar un diagnóstico de TDAH.

Años después, en la revisión del DSM-IV (APA, 2002), el trastorno obtiene la denominación de TDAH, el cual queda recogido dentro de la categoría diagnóstica de trastornos de inicio en la infancia y adolescencia, de forma más específica, dentro del grupo de trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador junto con el trastorno disocial y el trastorno negativista desafiante. El trastorno pasa a estructurarse en tres subtipos: predominantemente inatento, predominantemente hiperactivo-impulsivo y combinado. La última publicación del DSM (DSM-5, APA, 2013) clasifica el trastorno dentro de la categoría de trastornos del desarrollo neurológico y lo define como un *patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo*, y los criterios diagnósticos serían (pp.59-60):

1. Inatención: falta de atención a detalles, tareas escolares, parece no escuchar, se distrae con facilidad por estímulos externos.
2. Hiperactividad e impulsividad: es incapaz de permanecer quieto en cualquier situación, tiene excesiva movilidad motora, responde inesperadamente, interrumpe actividades, diálogos sin recibir permiso.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) también ha tenido un papel relevante en la clasificación y definición del TDAH, reflejado en el capítulo V de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). La CIE-10 (OMS, 2011), enmarca al TDAH dentro de los trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, estos serían los conocidos como "trastornos hiperkinéticos".

Estos trastornos se caracterizan por un inicio precoz, y que presentan una combinación de comportamientos hiperactivos y una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas que se originan en situaciones cotidianas (OMS, 2011). La CIE-10 (OMS, 2011) define el TDAH como:

la coexistencia de síntomas de déficit de atención, inquietud, impulsividad e hiperactividad, presentándose de forma aislada y originándose los primeros síntomas antes de los siete años de edad. El alumnado presenta problemas de disciplina, bajo rendimiento académico, y predisposición a sufrir accidentes (p.6).

Este manual diagnóstico destaca que la sintomatología que predispone para su diagnóstico es:

1. Dificultad grave para mantener la atención (falta de concentración, cambios frecuentes de la actividad).
2. Inquietud física anormal, el sujeto no puede permanecer quieto en un escaso intervalo de tiempo (más evidente en la clase o durante las comidas), esto no cambia en función del contexto social.
3. Impulsividad (el sujeto no puede esperar su turno, o actúa sin pensar).

En la tabla 1 se describen las similitudes y diferencias entre la CIE-10 y el DSM-5 con respecto a la definición del TDAH.

## 1.2 Prevalencia

Actualmente, el TDAH representa un problema de salud pública debido a su elevada prevalencia (Cardo et al., 2011; Catalá-López et al., 2012). A pesar de su relevancia en el plano de la salud pública, la frecuencia del trastorno no está bien establecida en muchos países, entre ellos España (Catalá-López et al., 2012). Los estudios epidemiológicos de diferentes países han empleado cuestionarios y escalas basados en los síntomas como forma de identificar el TDAH, lo que propicia un diagnóstico poco certero y carente de fiabilidad (Catalá-López et al., 2012). El diagnóstico del TDAH debe ser clínico, y a su vez debe estar caracterizado por la presencia de la sintomatología propia del trastorno, apoyado por una clara repercusión funcional en los ámbitos personal, familiar, académico y/o social (SIGN, 2009). Existen diferencias entre las tasas de prevalencia de Europa respecto a otros países del mundo en función de la aplicación de criterios diagnósticos establecidos por el DSM-5 o la CIE-10 (Cardo et al., 2011).

Los criterios diagnósticos europeos de la CIE-10 para el trastorno hiperactivo cuentan con mayores limitaciones para diagnosticar el trastorno en comparación con los criterios diagnósticos del DSM-5 (Döpfner et al., 2008), ya que necesitan un mayor grado de expresión de los síntomas. Por ello, los estudios que emplean los criterios establecidos por la CIE-10 recogen datos de prevalencia de TDAH menores en comparación con los estudios que emplean los criterios del DSM-5 (Döpfner et al., 2008).

Tabla 1  
*Similitudes y diferencias entre la CIE-10 y el DSM-5 en la definición del TDAH*

<b>CIE-10</b>	<p>Los síntomas deben aparecer antes de la edad de siete años para su diagnóstico.</p> <p>Los tres síntomas deben estar presentes para diagnosticar TDAH (falta de atención, inquietud e impulsividad).</p> <p>La ansiedad y los trastornos del estado de ánimo excluyen al paciente de padecer trastorno hiperactivo.</p> <p>No existe una distinción del TDAH por tipos.</p> <p>No hay establecidos niveles para cuantificar el trastorno.</p> <p>Necesita de un sistema completo de síntomas en los tres dominios: inatención, hiperactividad e impulsividad.</p>
<b>DSM-5</b>	<p>Los síntomas deben estar presentes antes de los doce años para su diagnóstico.</p> <p>Un solo síntoma es suficiente para intuir un posible TDAH.</p> <p>El TDAH puede coexistir con alteraciones de ansiedad y/o trastornos del estado de ánimo.</p> <p>El trastorno puede ser especificado como: presentación combinada (todos los síntomas expuestos), presentación predominante con falta de atención y presentación predominante hiperactiva/ impulsiva.</p> <p>Reconoce tres subtipos del desorden: el tipo predominante inatento, el tipo predominante hiperactivo-impulsivo y el tipo combinado.</p>
<p>Los síntomas descritos por ambos sistemas de clasificación deben estar presentes durante al menos seis meses. Además de apreciarse un deterioro en varios ámbitos de la vida diaria del alumnado (ámbito escolar, social, etc)</p>	

A continuación, se presentan diversos estudios de prevalencia realizados en diferentes regiones y a distintas escalas a nivel global, continental y estatal.



El DSM-5 (APA, 2013) estima una prevalencia de 2,5% en los adultos y un 5% en la población escolar global. En cuanto a la Unión Europea, Wittchen et al., (2010) expusieron que 3,3 millones de sujetos en edad escolar de entre 6 a 17 años tienen TDAH, determinando una prevalencia del 5%. También existen datos sobre las tasas de prevalencia en diferentes ciudades españolas como, por ejemplo, en Valencia (3-14% del alumnado de entre 8 y 15 años) y Sevilla (4-6% de los estudiantes de entre 6 y 15 años) (Benjumea et al., 1993; Carrasco et al., 1995).

En relación al sexo, la prevalencia es mayor en los hombres que en las mujeres, habiéndose estimado una proporción de aproximadamente 2:1 (hombres: mujeres) en la población escolar, y 1,6:1 en la población adulta (DSM-5, APA, 2013).

### 1.3 Etiología

Las causas de la hiperactividad están en constante estudio y los diferentes trabajos publicados han señalado los factores genéticos, ambientales y neurológicos como los principales responsables de esta patología. (Barkley, 1998; Faraone et al., 2005, Faraone y Biederman, 2000; Sprich et al., 2000). Por lo tanto, el TDAH se caracteriza por ser un trastorno multicausal, originado por la convergencia de diferentes factores.

#### *Factores ambientales*

Las influencias ambientales se originan en la etapa prenatal y perinatal. Hasta el momento, los factores más influyentes en el desarrollo del TDAH son (DSM-5, APA, 2013):

- ❖ Bajo peso al nacer (menos de 1.500 gramos)
- ❖ Consumo de alcohol y tabaco en el embarazo
- ❖ Exposición a neurotóxicos (plomo, azufre, etc.)
- ❖ Infecciones intrauterinas (encefalitis, gonorrea, etc.)

Además de estos aspectos ambientales, también se ha estudiado el contexto sociocultural, los conflictos familiares, el desapego y las secuelas del maltrato infantil como factores relevantes que podrían intensificar la vulnerabilidad a padecer TDAH (Montoya y Herrera, 2014).

### *Factores genéticos*

Investigaciones sobre genética molecular que han estudiado gemelos y alumnado de familias de acogida, señalan que los genes predisponen a que los individuos presenten TDAH (Barkley, 1998). La heredabilidad del TDAH es más frecuente entre los familiares biológicos de primer grado de los sujetos con TDAH, siendo transmitido de padres a hijos (Faraone et al., 2000). Estudios llevados a cabo por Faraone et al., (2000) y Sprich et al., (2000) hallaron mayor riesgo de TDAH entre los padres biológicos de alumnado con TDAH, con un aumento de dos a ocho veces de posibilidades para su desarrollo, y similar riesgo entre los hermanos con sujetos con TDAH. La prevalencia entre hermanos de un sujeto con TDAH es de alrededor de un 20%, teniendo una posibilidad de hasta 4 veces mayor que el resto de la población general (Scott & Kollins., 2009). Sin embargo, la presencia de genes específicos del TDAH no siempre asegura la aparición de este trastorno (APA, 2013).

Sprich et al., (2000) examinó las tasas de TDAH y trastornos asociados en los parientes adoptivos de primer grado de 25 sujetos adoptados con TDAH, y los comparó con los padres biológicos de primer grado de 101 sujetos no adoptados con TDAH y 50 sujetos de control no adoptados y sin ser diagnosticados con TDAH. Los resultados mostraron un porcentaje del 6% en los padres adoptivos de los sujetos adoptados con TDAH, en comparación con el 18% de los padres biológicos de los sujetos con TDAH no adoptados y el 3% de los padres biológicos de los sujetos de control sin TDAH. Por otra parte, Faraone et al., (2005) revisaron 20 estudios de gemelos realizados en diferentes países e informaron de una estimación de heredabilidad media del 76%. La mayoría de los estudios de genes candidatos del TDAH han reportado una evidencia sustancial que implica varios genes en la etiología del trastorno. En concreto, se ha encontrado que siete genes se relacionan estadísticamente con el TDAH: DRD4, DRD5, DAT, DBH, 5-HTT, HTR1B y SNAP-25 (Faraone et.al., 2005). En conclusión, los estudios previos ofrecen evidencias de que el TDAH posee una alta carga genética. Sin embargo, el influencia genética en el TDAH continúa despertando interés y siendo objeto de estudio por la comunidad científica.

### *Factores neurológicos*

Las alteraciones de las funciones ejecutivas se mencionan con frecuencia como parte de numerosos cuadros neurológicos y psicopatológicos, desde problemas de conducta, lenguaje y aprendizaje hasta trastornos obsesivo compulsivos, esquizofrenia y también en el TDAH (Barkley, 1997).

Según Barkley (1997) las funciones ejecutivas son denominadas actividades mentales autodirigidas que facilitan al individuo mantener la atención, fijar nuevas metas más apropiadas que la respuesta inhibida inicial, y delimitar los pasos necesarios para alcanzarlas.

Barkley (1997) destacó cuatro funciones ejecutivas esenciales en todo individuo, y que también son las más afectadas entre el alumnado diagnosticado con TDAH:

1. La acción de la memoria de trabajo: que favorece la retención de información para operar en la realización de actividades que se desarrollan con posterioridad.
2. El habla auto-dirigida o encubierta (o memoria de trabajo verbal): que permite regular el comportamiento de forma autónoma.
3. El control de la motivación, las emociones y estados de alerta que nos conduce a la autorregulación emocional (dispone la autorregulación de impulsos y emociones).
4. El proceso de reconstitución: que se compone de dos partes; la fragmentación de las conductas observadas y la recombinación de sus partes para el diseño de nuevas acciones (Orjales, 2000).

Los primeros estudios empleados para evaluar la sintomatología de este trastorno apuntaron la presencia de un déficit del funcionamiento del lóbulo frontal relacionado con la fluidez verbal, la paciencia, coordinación motora, la planeación y la memoria operativa (Barkley, 1998). De forma paralela, otros estudios observaron una disminución en el flujo sanguíneo cerebral en las regiones prefrontales y vías conectadas (Barkley, 1998). Barkley (1997) sugirió que éste deficiente funcionamiento del córtex prefrontal interviene en el manejo de la resistencia a la distracción y la toma de conciencia del tiempo. A su vez que manejó la posibilidad de déficit del nucleus caudatus y el globus pallidus encargados de inhibir las respuestas automáticas que facilitan la reflexión, y también un mal funcionamiento del vermis cerebeloso encargado de moderar la motivación. Como consecuencia de este deterioro, el alumnado con TDAH es propenso a experimentar deficiencias en habilidades sociales como la cooperación, colaboración, así como en conductas adaptativas que comportan consecuencias a nivel personal en un futuro (problemas de seguridad, conciencia etc.) (Orjales, 2000).

#### 1.4 Características del TDAH

En la primera mitad del siglo XX algunos médicos y psiquiatras infantiles consideraron que los síntomas de falta de atención, impulsividad (Guerrero, 2016), así como los problemas de memoria eran originados a causa de un daño cerebral ligero, no perceptible.

Sin embargo, a partir de la segunda mitad del siglo XX se consideraron la existencia de ciertos aspectos cognitivos como propiciadores del trastorno (Guerrero, 2016). El interés por su estudio se acrecentó y tras realizar investigaciones se describieron los procesos básicos y superiores afectados por esta patología: dificultad para mantener la atención, pobre memoria operativa y no verbal, escasa motivación, comportamientos impulsivos, entre otros (Barkley, 2006; Guerrero, 2016).

Los sujetos con este trastorno experimentan problemas para retener representaciones mentales de sucesos específicos utilizando imágenes visuales y audición privada (Barkley, 1998). El alumnado con riesgo de TDAH presenta excesiva actividad motora, problemas de adaptación ante cambios y exigencias altas. Además de irregularidades en la alimentación, los horarios de sueño y control de esfínteres, baja tolerancia a la frustración, irritabilidad y labilidad del estado de ánimo (APA, 2013; Montoya et al., 2014, Orjales, 2004).

Las manifestaciones del TDAH cambian con la edad, combinándose y/o propiciando manifestaciones secundarias, como problemas de coordinación óculo-manual, equilibrio y de motricidad fina. Con el tiempo se harán visibles problemas de lenguaje, aprendizaje y socialización (Montoya et al., 2014). La habilidad de organizar y desarrollar acciones en relación al tiempo es caótica para el alumnado con TDAH. La suma de todas las características que genera el trastorno en el alumnado favorece la presencia de síntomas depresivos y apatía, que les condiciona de forma notable en su desenvolvimiento personal (Orjales, 2004). No obstante, Montoya et al., (2016) nos ofrecen una lista de rasgos de personalidad positivos que poseen parte del alumnado con TDAH, se les consideraría cómo: divertidos, curiosos, imaginativos, espontáneos, creativos, con gran sentido del humor y una mayor capacidad de empatía. Por lo tanto, no todos los aspectos son negativos, este alumnado cuenta con unas características especiales que deben trabajarse para potenciarlas.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo general**

El propósito de este trabajo es profundizar en el conocimiento sobre el TDAH en la etapa de Educación Infantil, con este fin se ha realizado una búsqueda bibliográfica para describir los aspectos centrales de esta patología: prevalencia actual presente en la población infantil, etiología, sintomatología y las repercusiones en los distintos ámbitos de la vida del alumnado que condicionan su calidad de vida. El objetivo general sería el siguiente:

*Impulsar actuaciones para trabajar la falta de atención, impulsividad e hiperactividad que favorecen la aparición de TDAH desde edades tempranas, contemplando las repercusiones negativas que padece el alumnado diagnosticado o con factores de riesgo para desarrollar TDAH en el ámbito educativo y emocional, los cuales hasta el momento han sido relativamente obviados y merecen mayor consideración.*

## 2.2 Objetivos específicos

A continuación se desglosan objetivos específicos que son vertebradores del objetivo general, y los cuales juegan un papel esencial para comprender la finalidad de este trabajo.

- Conocer la sintomatología, características y manifestaciones del TDAH en la etapa de Educación Infantil.
- Analizar su prevalencia en la población y conocer las diferentes etiologías que condicionan la aparición del TDAH
- Considerar las repercusiones del TDAH en el ámbito escolar, familiar, social y emocional
- Facilitar la detección precoz del trastorno a partir de manifestaciones entre el alumnado de la etapa de educación infantil, a través de la observación y experimentación.
- Adoptar medidas de prevención desde las primeras manifestaciones del TDAH, en correlación con el personal psicoeducativo del centro educativo, para paliar los síntomas.

## **3. IMPLICACIONES DE LA SINTOMATOLOGÍA DEL TDAH EN EL ALUMNADO DE EDUCACIÓN INFANTIL**

En 1997, Russel Barkley revelaría un modelo psicoeducativo que nos ofrecía nueva información respecto al funcionamiento cognitivo de los individuos con TDAH, de esta forma se apreció que el alumnado que presentaba el trastorno presentaba dificultades a la hora de razonar, controlar sus emociones, tomar decisiones y mantener relaciones de reciprocidad con sus iguales (Barkley, 2006). Todo lo anterior, acompañado de la sintomatología del trastorno, desencadena problemas de conductas, aprendizaje y emocionales desde edades tempranas. Conocer las implicaciones de la sintomatología del TDAH en la etapa de Educación Infantil es fundamental para poder actuar y disminuir el impacto de éstas en la vida de los afectados.

### 3.1 Implicaciones académicas y en el ámbito escolar

Las principales afectaciones del TDAH en el ámbito escolar son los problemas de aprendizaje y los problemas en las relaciones profesor-alumno y entre iguales, causados, en muchas ocasiones, por sus comportamientos disruptivos.

#### *3.1.1 Rendimiento académico*

El TDAH se relaciona con pésimas calificaciones, retrasos en la lectura, lenguaje y lógica-matemática (Loe y Feldman, 2007).

El bajo rendimiento académico se debe mayoritariamente a la presencia de dificultades en la planificación, priorización y atención, que obedecen a las alteraciones de las funciones ejecutivas (memoria de trabajo e inhibición de la respuesta) propias del TDAH (Barkley, 2006; Orjales, 2000). Las dificultades académicas comienzan desde la etapa de educación infantil, en torno a los 5 o 6 años, reduciendo las expectativas académicas en los cursos venideros (Loe et al., 2007). El procesamiento de la información es un procedimiento más lento y peor organizado en relación con alumnado no diagnosticado (Orjales, 2004; Vaquerizo, 2004).

Este alumnado es propenso a descuidar las tareas escolares, dedicando tiempo insuficiente a las tareas que requieran esfuerzo y perseverancia (Aguilar et al., 2017; APA, 2013). La deficiencia del rendimiento académico tiene un impacto sobre su valía social. En algunos casos, la frustración por los escasos logros académicos incita al abandono escolar (Aguilar et al., 2017; Barkley, 2006; Orjales, 2004). Un bajo rendimiento escolar en el alumnado es motivo para prestar atención y estudiar sus necesidades educativas para prevenir el abandono escolar temprano y mejorar la calidad del rendimiento académico (Barkley, 2006; Orjales, 2004).

#### *3.1.2 Problemas de aprendizaje*

Los problemas de aprendizaje son frecuentes entre el alumnado con TDAH, y son originados principalmente por la falta de atención y los altos niveles de impulsividad característicos del trastorno (Tannock et al., 2000). El déficit de las funciones ejecutivas también influye de forma considerable en el proceso de enseñanza-aprendizaje (APA, 2013; Barkley, 2006). Aproximadamente entre un 20-30% de la población infantil con TDAH presentan trastornos de aprendizaje. Los más comunes son (Orjales, 2004; Tannock et al., 2000; Vaquerizo et al., 2005):

- Problemas de lectoescritura (dislexia): dificultad para aprender, leer y escribir las letras.
- Problemas de lógica-matemática: dificultad para llevar a cabo la resolución de problemas.
- Problemas en la orientación espacial y temporal: desorientación e inconsciencia de los intervalos de tiempo.
- Problemas del habla: pobreza en la expresión lingüística (dificultades para encontrar la palabra adecuada y usar de manera apropiada las reglas gramaticales), la articulación fonológica del habla y la fluencia verbal.

Sin embargo, no todo el alumnado con TDAH presentan la misma prevalencia de padecer un trastorno de aprendizaje (Vaquerizo, 2004). En la etapa de educación infantil pueden observarse estas dificultades, aunque en ocasiones pasa desapercibidas por el profesorado (Martínez, 2010; Orjales, 2004). Los estímulos visuales y auditivos en las primeras etapas de escolarización captan la atención del alumnado, favoreciendo la asimilación de los contenidos curriculares. En especial, el alumnado con sospecha de TDAH necesita un refuerzo visual para asimilar los contenidos curriculares con éxito. Martínez (2010) nos habla del uso de los recursos audiovisuales para trabajar la atención y motivación en el aula, y sus repercusiones positivas en un futuro. La proyección de videos e imágenes en diapositivas, entre otros, son medidas que pueden ayudar a que nuestra práctica educativa tenga éxito, y mejorar los síntomas de atención en nuestro alumnado. La existencia de diversas problemáticas de aprendizaje nos alerta de que podemos estar ante esta patología (Vaquerizo, 2004) y, consecuentemente, debemos actuar para atender sus necesidades educativas.

### 3.1.3 Conductas disruptivas

*“El TDAH es el motivo de consulta psicológica mayor de este país y el problema de conductas disruptivas más grave de las aulas”* (Guerrero y Pérez, 2011, p.45). El alumnado con factor de riesgo de TDAH presenta problemas de comportamiento derivados de la hiperactividad, impulsividad y falta de control (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004).

Las acciones más destacadas por este alumnado son perder objetos, olvidar tareas, interrumpir a los demás, golpear sin motivo aparente debido a su impulsividad, no escuchar a los demás y no mantener una conversación con otro sujeto de forma lineal, por lo que tiende a cambiar de tema o evadir la conversación de forma repentina (APA, 2013; Orjales, 2004; Rickel y Brown, 2007).

Las disputas entre compañeros, agresiones y amenazas verbales y físicas son también conductas disruptivas que interfieren en la jornada escolar (Extremera et al., 2004). Es frecuente observar conductas oposicionistas, donde el sujeto no acata normas o rehúsa de aceptar cambios, lo que complica la comunicación y la consolidación de relaciones sociales (Orjales, 2000). De modo que son castigados o sancionados debido al incumplimiento de las normas sociales, e incluso pueden ser reprimidos y/o marginados por su grupo de clase y/o iguales (Orjales, 2004; Rickel et al., 2007). Con frecuencia, este alumnado se envuelve en una máscara de apatía, dejadez y frustración (Orjales, 2004). Las posibilidades de desarrollar un trastorno de conducta y un trastorno de personalidad antisocial son mayores por la presencia de este trastorno (APA, 2013; Barkley, 2006; Rickel et al., 2007).

### *3.1.4 Relación profesor-alumnado con sintomatología TDAH*

El profesorado juega un importante papel en el seguimiento del alumnado con TDAH (Martínez, 2010). Es habitual que el profesorado sufra altos niveles de estrés y frustración debido a las constantes conductas disruptivas en el aula, que interrumpen la rutina escolar y crea malestar entre los compañeros de clase (Orjales, 2007). Este alumnado necesita mayor atención del profesorado que el resto, por ello es imprescindible crear contactos habituales en el transcurso de la rutina escolar con el alumnado para trabajar la relación profesor-alumno (Moreno, 2008). El profesorado debería saber cómo controlar y modificar el comportamiento del alumnado, por ejemplo, por medio del refuerzo positivo (Moreno, 2008), resaltando sus habilidades y asignándole responsabilidades para aumentar su autoestima y confianza en sus posibilidades. Además, el profesorado puede crear nuevas propuestas de intervención en el aula para mejorar el rendimiento escolar como (Moreno, 2008): prestando especial atención a las normas, la organización de la rutina; informando al alumnado de lo que van a aprender en los próximos días; proporcionando instrucciones escritas y orales; repasando las instrucciones; comentando el material que necesitarán para realizar la próxima tarea; proporcionando contenidos visuales, juegos, etc. (Moreno, 2008). Mena et al., (2007) y Moreno (2008) sugieren que el profesorado debe trabajar la motivación, ofreciendo retroalimentación frecuente sobre sus mejoras en el comportamiento y su esfuerzo (Martínez, 2010). El papel del profesorado es ofrecer técnicas para contrarrestar la sintomatología que repercute en el afianzamiento de los aprendizajes y en su desarrollo personal (Moreno, 2008). Para mejorar la calidad de las relaciones profesor-alumno es necesario mostrar una actitud de respeto y confianza hacia el alumnado.



### 3.1.5 Relaciones sociales

El comportamiento social es vital para el desarrollo evolutivo. La forma de relacionarse con su entorno será decisiva de cara a establecer futuras relaciones sociales, dentro del plano familiar, escolar, laboral, sentimental, etc. (Bonet et al., 2008). Este alumnado posee problemas de atención, que les impide comprender correctamente las señales para el adecuado desarrollo de las interacciones sociales (Barkley, 2006; Bonet et al., 2008; Orjales, 2004).

Por otra parte, la impulsividad les predispone a dar respuestas poco adecuadas y/o no controlar sus movimientos (Barkley, 2006; Vaquerizo, 2004). Algunas de las respuestas inmediatas típicas de este trastorno son: irresponsabilidad, pereza, falta de cooperación, falta de atención o pasividad, que sin la sospecha de un posible TDAH, estos comportamientos pueden ser interpretados de forma errónea (Orjales, 2007). Parte de este alumnado no tolera las reglas de un juego o las pautas para desarrollar una actividad, presentando conductas opositoras que crea una esfera de tensión entre las personas que están a su alrededor (Barkley, 2006). La participación en actividades y juegos lúdicos en diferentes contextos y situaciones en ocasiones se caracteriza por la discordia, debido a las problemáticas para adaptarse a cada situación (Bonet et al., 2008). La escasa regulación conductual y emocional deriva en rechazo, burlas o negligencia, predisponiendo al aislamiento social (APA, 2013; Orjales, 2007; Rickel et al., 2007). En consecuencia, las relaciones se caracterizan por ser conflictivas en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana del alumnado -colegio, hogar, etc. (Bonet et al., 2008)-, ocasionando frustración, ansiedad y depresión en alumnado con esta sintomatología (Orjales, 2007). Por todo lo anterior, es primordial entrenar las habilidades sociales y comunicativas en el aula para mejorar la calidad de las relaciones sociales. Posteriormente, es presentado un programa de actividades para trabajar con el alumnado que presenta sintomatología del TDAH, con el fin de entrenar las habilidades sociales y la educación emocional. Enseñar destrezas y habilidades sociales en la escuela ayudará a formar adultos competentes y preparados para la vida real.

### 3.2 Implicaciones emocionales

Los sujetos con TDAH presentan dificultades para regular sus emociones debido a un déficit neurobiológico (Barkley, 1997). Los problemas sociales y emocionales están presentes tanto en el hogar como en la escuela (Cunningham y Boyle, 2002) La inestabilidad emocional es común en alumnado con riesgo de TDAH (Albert et al., 2008; Barkley, 2011).

En ocasiones se muestran muy eufóricos cuando están alegres o muy sensibles cuando están apenados, presentando reacciones explosivas cuando sienten rabia, y en otros momentos son incapaces de manifestar tristeza, bloqueándose ante el miedo, el sufrimiento, etc. (Orjales, 2004). La regulación de las emociones no es equilibrada por lo que es común observar hiperexpresión emocional o aplanamiento afectivo (Barkley, 1998).

### *3.2.1 Autoestima y auto-concepto*

La autoestima influye de manera especial a la hora de enfrentarse a situaciones de fracasos emocionales, sociales y académicos (Barkley, 1998). Los sentimientos de ansiedad, depresión y baja autoestima son mayores entre el alumnado con riesgo de TDAH debido a las críticas que reciben por su conducta (Barkley, 1998; Orjales, 2004; Rickel et al., 2007). En ocasiones son sancionados por no mantener unas pautas de comportamiento, son sujetos de burlas y marginación social, construyéndose una imagen negativa y alejada de los patrones de conducta sociales (Barkley, 1998). Las problemáticas para mantener relaciones sociales y adaptarse a los ideales sociales, puede derivar en ansiedad y sentimientos de depresión en la etapa adulta (Barkley, 1998; Orjales, 2004). Promover una imagen ajustada desde edades tempranas puede aminorar los sentimientos de ansiedad y depresión en años posteriores, de modo que el profesorado debe implantar actividades y medidas para abordar la sintomatología propia de TDAH (Orjales, 2004). Razón por la que tanto el personal docente como las familias deben actuar para favorecer el desarrollo de una autoestima marcada dentro de unos límites sanos, haciendo que se sientan partícipes y aceptados en los diferentes contextos que acontecen en la vida del alumnado (Mena et al., 2006; Rickel et al., 2007).

### *3.2.2 Problemas en las relaciones familiares*

Las relaciones familiares se caracterizan por la discordia e interacciones negativas (APA, 2013). En situaciones extremas, este alumnado presenta una conducta errática, descontrolada e impredecible que dificulta la adaptación al medio escolar y la vida familiar (Martínez, 2010). Cunningham et al., (2002) señalan que los padres del alumnado que presenta estos síntomas tienden a experimentar un alto grado de ansiedad y apatía hacia sus hijos, lo que provoca que las conductas disruptivas sean más frecuentes y, a continuación, la posibilidad de sufrir depresión tanto padres como hijos.

El alumnado en ocasiones no tiene oportunidad de salir de casa y/o participar en actividades o eventos de su interés dado a posibles problemas conductuales (Rickel et al., 2007).

El aislamiento en casa y la privación de participar en actividades y juegos lúdicos con sus iguales disminuye el número de experiencias personales que son propicias para su desarrollo evolutivo (Rickel et al., 2007).

Todo lo anterior genera aún más inquietud y frustración entre el alumnado, repercutiendo negativamente en las relaciones familiares y generando conflictos entre hermanos, padres y demás familiares (Rickel et al., 2007).

La familia es un apoyo muy importante para este tipo de alumnado, quien necesita una atención especial y un trato adecuado a sus demandas y necesidades (Barkley, 2011; Orjales, 2004), de lo contrario estaremos favoreciendo la persistencia y/o desarrollo de conductas erráticas -gritos, romper objetos, etc.- (Moreno, 2008). Las familias deben tomar medidas para conocer las razones de estos comportamientos, y adoptar una actitud de tolerancia y perseverancia (Rickel et al., 2007).

### *3.2.3 Problemas de drogadicción y/o abuso de sustancias*

La población infantil que muestra sintomatología propia del TDAH y que posteriormente acaba adquiriendo dicho diagnóstico, presenta una alta predisposición a desarrollar problemas de drogadicción y abusos de sustancias en la etapa adulta (Barkley, 2006). Se ha comprobado que algunos jóvenes diagnosticados de TDAH muestran incidencias de consumo de alcohol y otras drogas (Orjales, 2004), presentando mayor probabilidad de sufrir accidentes de tráfico, disputas, despidos laborales, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, divorcios o problemas de conducta antisocial -se estima que un 25% - 45% desarrolla conducta antisocial, mientras que un 25% obtiene criterios de trastorno de la personalidad- (Aguilar et al., 2017; Orjales, 2004). Los comportamientos antisociales hacen referencia a todo tipo de comportamientos desviados o desaprobados por la sociedad. Algunos de los comportamientos antisociales más destacables entre la población diagnosticada con TDAH son: cometer delitos, beber en exceso, promiscuidad sexual y emplear la violencia, entre otros (Aguilar et al., 2017).

La mayor parte de acciones disruptivas son originadas por la impulsividad, lo que empuja al individuo a actuar sin pensar en las consecuencias de sus actos (Aguilar et al., 2017). Barkley (2006) afirma que los individuos que presentan este trastorno presentan mayor probabilidad de ingresar en prisión a consecuencia de sus delitos y comportamientos antisociales, desviando la aceptación social del individuo y derivando en marginación social.

### *3.2.4 Problemas para la aceptación social y riesgo de exclusión social*

Una parte de este grupo de adultos diagnosticados de TDAH proceden de familias desestructuradas y poco favorecidas, que a lo largo de su infancia fueron etiquetados como “desobedientes, cabezotas y torpes” (Orjales, 2004), siendo sancionados frecuentemente e incentivando los síntomas característicos del trastorno por no recibir un diagnóstico e intervención temprana en su infancia (Guerrero et al., 2011).

Diversos estudios nos revelan que los adultos diagnosticados con TDAH son propensos a sufrir adicciones, un nivel económico es inferior y mayor tasa de divorcio que el resto de la población, lo que les sitúa en un mayor riesgo de exclusión social (Aguilar et., 2017; Barkley, 2006). Los comportamientos disruptivos y el abuso de sustancias, entre otras acciones, predisponen a que los individuos con TDAH presenten problemas para afianzar relaciones sociales, obtener trabajos laborales y establecer relaciones sentimentales (Aguilar et al., 2017). Los adultos diagnosticados se han asociado a bajo rendimiento y logro laboral, un mayor absentismo y mayores posibilidades de desempleo (APA, 2013). Las familias en ocasiones se niegan a apoyar a los adultos con TDAH dado las problemáticas que presentan y posibles antecedentes de abuso de sustancias, drogas, encarcelamiento, violencia, pérdida de dinero, entre otras (Guerrero et al., 2011). Todo esto no hace sino incrementar las conductas antisociales, lo que se vuelve un círculo vicioso, es decir, el individuo no se ve respaldado emocionalmente, fracasa en su vida laboral y sentimental y opta por consumir sustancias que le incitan a seguir cometiendo conductas antisociales, sin miedo a posibles represalias sociales (Aguilar et al., 2017). Autores como Moreno (2008) señalan que lo importante es intervenir tan pronto como se observen signos de comportamiento antisocial acompañados de síntomas de TDAH, tanto en el ámbito educativo como en el entorno familiar, para prevenir posibles problemas en la edad adulta.

#### **4. MARCO PRÁCTICO**

El decreto 428/2008 del 29 de Julio, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas correspondientes a la Educación Infantil en Andalucía, recoge en su artículo 12 la siguiente afirmación:

Los centros establecerán las medidas que permitan atender a la diversidad del alumnado, en lo que se refiere a los diferentes ritmos de desarrollo y aprendizaje, a las necesidades educativas especiales y a sus condiciones sociales y culturales, buscando la mejor respuesta que se ajuste al alumnado. (p.10)

La presencia de la sintomatología característica del TDAH puede condicionar notablemente el desarrollo evolutivo del alumnado (Orjales, 2004). La Organización Mundial de la Salud (2011) señala que de no abordar la sintomatología, esta persistirá en la vida adulta en un 30-50% de los casos. Por lo que las actuaciones dentro del ámbito escolar jugarán un papel esencial a la hora de proponer medidas de actuación frente a estas alteraciones conductuales y emocionales en el alumnado.

El profesorado puede valorar la sintomatología del TDAH desde la etapa de educación de infantil, evaluando cómo el alumnado se desenvuelve en la realización de actividades y cómo actúa ante diferentes situaciones, con el objetivo de determinar la existencia de posibles TDAH en el aula (Orjales, 2004). Es necesario conocer y detectar los signos de falta de atención, de impulsividad e hiperactividad, para localizar posibles casos de TDAH entre nuestro alumnado, y sí fuese conveniente, contar con la ayuda de personal especializado para confirmar la presencia de esta patología. Un diagnóstico temprano ofrece mayores posibilidades de mejora de la sintomatología y una menor repercusión de las problemáticas propias del TDAH (problemas de aprendizaje, en las relaciones sociales, problemas conductuales, etc.) que infieren en la calidad de la vida del alumnado (Montoya et al., 2014).

##### ***Déficit de atención***

Uno de los primeros síntomas que alertan de la presencia de un TDAH en el alumnado de educación infantil es la falta de atención. Este alumnado muestra síntomas de desatención en el aula como (Orjales, 2004):

- Dificultad para organizar y planificar actividades
- Dificultad para mantener la concentración y atención, distrayéndose con facilidad con estímulos externos
- Dificultad para terminar sus tareas escolares y seguir unas instrucciones

➤ Dificultad para escuchar con atención

Trabajar la motivación es esencial para despertar inquietud e interés hacia las temáticas expuestas en clase para adquirir los contenidos curriculares. El alumnado con sintomatología propia de TDAH necesita mayor refuerzo visual y auditivo para estimular su atención y memoria (Mena et al., 2006).

***Hiperactividad e impulsividad***

El alumnado se muestra inquieto en cualquier situación, presentando síntomas de hiperactividad e impulsividad.

Los niveles de impulsividad condicionan un déficit en las habilidades interpersonales y sociales (Extremera et al., 2004), lo que aumentará la posibilidad de presenciar conductas disruptivas en la rutina escolar. Es importante prestar atención a los siguientes comportamientos en el aula (Orjales, 2004):

- Se levanta frecuentemente del asiento
- Presenta actividad motora, incluso en actitud de reposo
- Corre, salta o juega cuando no es el momento apropiado
- Habla en exceso y responde sin pensar
- Tiene problemas para respetar turnos de palabra
- Tiene dificultades para jugar de forma pacífica

Por consiguiente conviene prestar atención a las conductas disruptivas enumeradas con anterioridad, así como la duración y frecuencia de ellas dentro del ámbito escolar.

***La importancia de las habilidades sociales en alumnado con TDAH***

El déficit presente en el funcionamiento ejecutivo propio del TDAH conlleva pésimos resultados en tareas de atención, autocontrol y, consecuentemente, en las habilidades sociales (Extremera et al., 2004). Las habilidades sociales son las estrategias o recursos que empleamos los seres humanos para relacionarnos y tomar contacto con los diferentes grupos que nos rodean diariamente como son la familia, grupo de iguales, profesorado, etc. (Monjas, 2000).

La sintomatología del TDAH condiciona notablemente la competencia social del alumnado en comparación con su grupo de iguales (Orjales, 1995), aunque se ha señalado la impulsividad como la principal responsable de que las relaciones sociales no sean propicias y, a largo plazo, desemboquen en rechazo social, aislamiento y baja autoestima (Landau y Moore, 1991). Monjas (2000) destaca las habilidades sociales mayormente afectadas por los en el TDAH:

- Interactuar con un compañero o grupo de iguales.
- Iniciar y mantener una conversación con otra persona
- Resolver conflictos de forma autónoma
- Compartir con los demás

En consecuencia, el alumnado con riesgo de sintomatología TDAH muestra un déficit en las habilidades interpersonales y en la resolución de conflictos, que a menudo son desencadenados por la falta de asertividad y anticipación (Ojales, 1995).

Trabajar las habilidades sociales con alumnado con posible TDAH generará una mejoría en la calidad de las relaciones interpersonales, en la resolución de conflictos, en el desarrollo de la asertividad, y construcción de la autoestima (Barkley, 2011; Orjales, 2007; Rickel et al., 2007) y, en última instancia, permitirá el desarrollo de un comportamiento social ajustado, una disminución de las conductas antisociales y la adaptación a diferentes contextos sociales (Orjales, 1995).

### ***Inteligencia emocional***

Para Goleman (1995), la inteligencia emocional consiste en la capacidad para considerar y gestionar nuestros propios sentimientos, motivarnos y monitorear nuestras relaciones. El alumnado afectado por la sintomatología de este trastorno tiende a experimentar problemas de autorregulación emocional (Barkley, 2006). La autorregulación emocional es entendida por Barkley como un conjunto de procesos ejecutivos que nos permiten modular las emociones y ofrecer respuestas emocionales frente a diferentes acontecimientos (Barkley, 2006). Las dificultades para modular las emociones observadas en las personas con TDAH están generadas por una disfunción primaria en los procesos de control inhibitorio (Barkley, 2006).

Las respuestas emocionales que presenta el alumnado con posibilidad o inicio de TDAH son: labilidad emocional (cambios frecuentes de estado ánimo, de la risa al llanto en un breve intervalo de tiempo, enfado y apatía de forma repentina), demasiada reactividad emocional y temperamento irritable (baja tolerancia a los cambios, sentimientos de ira y rechazo hacía situaciones contradictorias a los deseos, expresión faciales de enfado, agresiones a personas de su alrededor o destrozo de mobiliario y objetos, etc.) (Albert et al., 2008; Barkley, 2006).

Para favorecer la autorregulación emocional en el alumnado con riesgo de TDAH deben enseñarse habilidades para percibir, comprender y manejar de forma adaptativa las emociones propias y las de los demás (Barkley, 2011; Extremera et al., 2004).

En resumen, los beneficios son numerosos: la autoestima será reforzada, el rendimiento académico será óptimo, la convivencia en el aula y hogar mejorar, las interacciones sociales serán enriquecedoras y las conductas disruptivas disminuirán notablemente. Para contrarrestar la sintomatología del TDAH en el desarrollo personal, indudablemente debemos también educar el plano afectivo y emocional (Extremera et al., 2004). A continuación se desarrolla un programa de actividades encaminadas a trabajar la sintomatología de TDAH (falta de atención, hiperactividad e impulsividad), las habilidades sociales e inteligencia emocional en alumnado de educación infantil con factor de riesgo a padecer dicho trastorno.

#### 4.1 Programación de actividades para la mejora de la sintomatología del TDAH, habilidades sociales e inteligencia emocional en las aulas de Educación Infantil

##### *Introducción*

El siguiente programa de actividades está dirigido para alumnado del segundo ciclo de Educación Infantil con edades comprendidas entre 3-6 años, con diagnóstico TDAH o con sospecha de padecerlo (existe complejidad para diagnosticar este trastorno en las primeras etapas escolares). El programa se desarrolla a través de 7 sesiones compuestas por dos actividades cada una de ellas. El programa será llevado a cabo por docentes de la etapa de Educación Infantil y requerirá de la presencia del alumnado para todas las actividades. La duración de las sesiones acapará una temporalidad de 30-60 minutos, en función de las actividades de cada sesión, ritmo y actitud del alumnado

La metodología se caracteriza por ser activa y participativa, basada en el juego y experiencia. El docente prestará suma atención al transcurso de cada actividad, modificando los aspectos que considere necesario para el óptimo transcurso de la actividad y lograr los objetivos establecidos, favoreciendo la cooperación, la reflexión y el diálogo entre el alumnado y docente dentro del aula.

##### *Objetivos generales*

- Detectar posibles casos de TDAH entre el alumnado
- Reducir la impulsividad y las conductas disruptivas en el aula.
- Mejorar la atención y concentración del alumnado
- Entrenar las habilidades sociales para consensuar relaciones sociales exitosas.
- Enseñar a gestionar las emociones de forma sana para propiciar el bienestar personal



## Evaluación

La evaluación se realizará por observación directa y a través de un cuestionario elaborado en el presente trabajo, en el que se reflejan los objetivos a trabajar en el programa desarrollado a continuación (véase anexos).

### SESIÓN 1

La primera sesión cuenta con dos actividades dirigidas a trabajar la **atención visual**.

#### Objetivos:

- Reforzar la atención visual, perseverancia y constancia en la realización de tareas breves
- Propiciar un estado de relajación y concentración
- Mejorar la discriminación visual

<b>Actividad 1</b>	<i>“Coloreamos mandalas de colores”</i>
<b>Material</b>	Mandalas impresas (Véase anexo II). Lápices de colores, ceras de colores Gomas de borrar
<b>Desarrollo</b>	El alumnado coloreará libremente su mandala de forma individual, disponiendo de los colores que desee. Una vez finalizada la actividad nos reuniremos en asamblea para que cada alumno muestre al grupo su mandala, y posteriormente comentar de forma breve qué nos ha parecido la actividad y cómo nos hemos sentido (relajados, tranquilos...).
<b>Temporalización</b>	30 minutos aprox.

<b>Actividad 2:</b>	<i>“Fíjate bien”</i>
<b>Material</b>	Imágenes impresas en formato A4 (Véase anexo III) Lápiz rojo
<b>Desarrollo</b>	Se entregará una ficha a cada alumno con una imagen donde deberán buscar y rodear las diferencias que les pediremos. Para ello, deberán prestar atención a nuestras indicaciones. Deberán buscar y después rodear con un lápiz rojo los objetos o situaciones que indiquemos. Las instrucciones podrán repetirse si fuese necesario. <ol style="list-style-type: none"><li>1 Castillo de arena</li><li>2 Barco con hombre y gato</li><li>3 Niño jugando en tobogán</li><li>4 Perro sentando en flotador jugando con un niño</li></ol>
<b>Temporalización</b>	5 minutos aproximadamente.

## SESIÓN 2

La segunda sesión se compone de actividades para trabajar la atención auditiva.

### Objetivos:

- Mejorar la atención auditiva a través del juego y la experimentación
- Favorecer la reflexión y el diálogo a partir de la escucha activa del cuento y la puesta en común.
- Generar pensamientos y sentimientos positivos
- Establecer relaciones afectivas y sociales a través del juego
- Favorecer el autocontrol

<b>Actividad 1</b>	“Simón dice que...”
<b>Material</b>	Para la realización de esta tarea no es necesario ningún material específico.
<b>Desarrollo</b>	El alumnado se colocará en círculo en un rincón del aula, y atenderá a las instrucciones para realizar el juego. El profesor se dirigirá al alumnado diciendo: Simón dice que...nos toquemos las orejas e inmediatamente se realizará la acción hasta que el profesor comunique un cambio de acción. Podrán introducirse variaciones como por ejemplo, el alumnado podrá desplazarse por la clase pero cuando el profesor diga las palabras de atención (Simón dice...) el alumnado realizará la acción que comunique el profesor. Algunas de las acciones pueden ser: Simón dice que nos toquemos la nariz, Simón dice que caminemos muy despacio, Simón dice que saludemos a cada compañero que nos encontremos, Simón dice que nos tumbemos en el suelo y cerremos los ojos para pensar en algo que nos guste mucho hacer (ej: jugar, colorear etc).
<b>Temporalización</b>	15 minutos aproximadamente.

<b>Actividad 2</b>	“Cuento: <i>Trasto, un campeón en la familia.</i> ” (Tcc Trebol Comunicación y Creación Sa.)
<b>Material</b>	Cuento ( <i>Trasto, un campeón en la familia</i> ) en formato audiovisual. Proyector de video.

<b>Desarrollo</b>	<p>El alumnado se colocará frente al proyector de clase para observar y escuchar el cuento.</p> <p>Después comentaremos en asamblea y haremos una puesta en común de qué nos ha parecido el cuento. Realizaremos algunas preguntas a nuestro alumnado como:</p> <p>¿Cuándo actuaba mejor Trasto, al principio o al final del cuento?, ¿Por qué?</p> <p>¿Qué acciones hacía Trasto al principio del cuento?</p> <p>¿Cuándo le regañaban a Trasto sus papás?</p> <p>¿Qué le ocurrió en el centro comercial?</p> <p>¿Qué tres cosas le dijo el papá de Trasto que debía hacer? ¿Qué hacía trasto en las carreras de saltos que molestaba a todos los demás compañeros? ¿Y qué le ocurrió al final a Trasto?</p>
<b>Temporalización</b>	20 minutos aproximadamente

### SESIÓN 3

Las siguientes actividades buscan controlar la impulsividad e hiperactividad.

#### Objetivos:

- Manejar la impulsividad e hiperactividad propiciando el autocontrol
- Favorecer la relajación muscular progresiva para aminorar la tensión muscular
- Trabajar la concentración y atención auditiva

<b>Actividad 1</b>	<i>“Mi barriga parece un globo”</i>
<b>Material</b>	Cualquier música relajante para niños que pueda encontrarse en internet Reproductor mp3
<b>Desarrollo</b>	<p>El profesor reproduce una música suave y relajante de fondo, mientras el alumnado y profesor se sientan en círculo en la zona de asamblea.</p> <p>Posteriormente, el profesor les contará las instrucciones y normas de la actividad. Deberán tomar aire por la nariz hasta que la barriga se hinche, aguantamos el aire unos segundos y con los brazos abiertos simulamos que somos un globo que se mueve de un lado a otro...los brazos deben ir acompañando la inspiración y espiración.</p> <p>Puede repetirse varias veces el procedimiento. (Inspiración abiertos, espiración cerrados, y así sucesivamente).</p>
<b>Temporalización</b>	15 minutos aproximadamente.

<b>Actividad 2</b>	<i>“Somos tortugas”</i>
<b>Material</b>	Cualquier canción relajante para niños que pueda encontrarse en internet Reproductor mp3

<b>Desarrollo</b>	En un espacio amplio y acondicionado, el profesor junto a su alumnado se tumbarán boca abajo fingiendo ser tortugas. Mientras el profesor les pedirá que escondan su cabeza y sus patas. Ahora los músculos del cuello, brazos y piernas están en tensión. Después de un breve rato vienen los rayos del sol y lentamente regresarán a la posición inicial siguiendo las instrucciones del profesor, estirando las extremidades hasta quedar totalmente relajadas. La actividad se repetirá dos veces.
<b>Temporalización</b>	15 minutos aproximadamente

## SESIÓN 4

Las actividades de esta sesión van dirigidas a trabajar las habilidades sociales.

### Objetivos:

- Expresar y comunicar los sentimientos y aceptar los sentimientos de una forma individual y autónoma.
- Desarrollar el pensamiento reflexivo y la asertividad
- Reforzar las normas de comportamiento social para cada contexto

<b>Actividad 1</b>	<i>¿Cómo me siento hoy?</i>
<b>Material</b>	Tarjetas con los sentimientos (Véase anexos).
<b>Desarrollo</b>	El profesor enseñará una serie de imágenes con diferentes estados de ánimos. Cada tarjeta será expuesta al alumnado y se pedirá que identifiquen qué emoción muestra la tarjeta y cuando nos sentimos identificados con esa emoción. Después el profesor las colocará en el suelo de la asamblea para que estén a la vista de todo el alumnado. Por turnos, cada alumno cogerá la tarjeta que exprese su estado de ánimo o necesidad y comunicará al grupo cómo se siente hoy y por qué. En el caso de que el/la alumno/a sienta una emoción negativa, el resto de compañeros y el docente pueden ofrecerle recursos o ideas para mejorar su emoción.
<b>Temporalización</b>	30 minutos aproximadamente

<b>Actividad 2</b>	<i>“El restaurante”</i>
<b>Material</b>	Juguetes del rincón de cocina: mantel, platos, cubiertos, alimentos, libreta y lápiz para escribir y/o dibujar.
<b>Desarrollo</b>	El alumnado se dividirá en grupos de 5 personas. El profesor los colocará en el aula y les explicará que vamos a jugar a que estamos en un restaurante y que a cada alumno se le asignará un rol: cocinero/a, camarero/a o clientes. El camarero/a anotará los pedidos de los clientes en la libreta de forma escrita o por dibujo para informar al cocinero/a de los pedidos.

	Recordaremos las normas básicas de convivencia: saludar, pedir las cosas por favor, respetar los turnos de palabra, hablar sin gritar, pedir perdón, etc. Cada 5 minutos se intercambiarán los roles para todos los integrantes del grupo.
<b>Temporalización</b>	30 minutos aproximadamente

## SESIÓN 5

En esta sesión se exponen dos actividades para abordar la educación emocional.

### Objetivos:

- Reconocer y expresar las emociones de forma satisfactoria
- Analizar las emociones que generan las situaciones cotidianas
- Respetar y valorar los sentimientos de los demás
- Reforzar la atención auditiva y visual
- Fomentar las interacciones del grupo de clase para mejorar el clima de convivencia

<b>Actividad 1</b>	<i>Cuento: “Cuando estoy enfadado”</i>
<b>Material</b>	Cuento ilustrado: “Cuando estoy enfadado” de Moroney y Tellechea (2011)
<b>Desarrollo</b>	El alumnado se sentará en círculo en la asamblea y escuchará la narración del cuento “Cuando estoy enfadado”. Durante la narración el profesor mostrará las páginas del cuento al alumnado y se detendrá en algunos detalles. Después el profesor les hará preguntas en relación al cuento, y después el profesor realizará preguntas para iniciar un diálogo a partir de la emoción del enfado: ¿Cuándo nos enfadamos? ¿Por qué nos enfadamos? ¿Qué cosas hacemos cuando nos enfadamos? ¿Cómo se pone nuestra cara cuando estamos enfadados? ¿Qué podríamos hacer para dejar de estar enfadados?
<b>Temporalización</b>	30 minutos aproximadamente.

<b>Actividad 2</b>	<i>El árbol de las emociones positivas</i>
<b>Material</b>	Papel continuo (2 metros aproximadamente). Papel con formas de hojas de árbol. Lápices y ceras de colores.
<b>Desarrollo</b>	En papel continuo se dibujará un gran árbol y el profesor repartirá un papel con forma de hoja a cada alumno. El alumnado deberá dibujar y escribir en su hoja qué es lo que le hace feliz. Cuando todos hayan terminado el profesor ayudará a pegar en las ramas del árbol las hojas con las producciones del alumnado. Para concluir, cada uno comunicará al grupo de forma breve por qué esa acción le hace feliz.
<b>Temporalización</b>	30 minutos aproximadamente.

## SESIÓN 6

Las sesiones posteriores se exponen actividades para trabajar de forma conjunta: déficit de atención, hiperactividad e impulsividad, habilidades sociales e inteligencia emocional.

### Objetivos de la sesión:

- Generar actividades que mejoren la atención visual y auditiva
- Identificar y reconocer las diferentes emociones
- Manejar la impulsividad e hiperactividad a través de pautas de relajación
- Fortalecer las relaciones sociales del grupo de clase

<b>Actividad 1</b>	<i>El bingo de las emociones</i>
<b>Material</b>	Láminas impresas de las emociones (las láminas serán distintas para cada pareja o trío) (Véase anexos). Caja o bolsa para introducir las fichas recortadas y hacer el bombo. Rotulador rojo
<b>Desarrollo</b>	El alumnado se dividirá en parejas o grupos de tres. El profesor repartirá diferentes láminas o cartones a cada pareja o trío. El profesor sacará una ficha recortada del bombo y la pareja que tenga esa emoción en su lámina la tachará. Cuando se cante bingo, el profesor repartirá otra lámina o cartón distinto y se repetirá el mismo proceso.
<b>Temporalización</b>	20 minutos aproximadamente.

<b>Actividad 2</b>	<i>Nos relajamos</i>
<b>Material</b>	Para la realización de esta tarea no es necesario ningún material específico.
<b>Desarrollo</b>	El profesor y el alumnado se sentarán en el suelo en un espacio acondicionado. Escuchará las premisas del profesor cómo por ejemplo: realizamos movimientos de rotación de cuello (ahora digo sí, ahora digo no), levantamos las cejas, movemos la boca, sacudimos nuestro pelo suavemente, lo peinamos, nos lavamos los dientes despacio...etc. Después trabajarán con el compañero que tenga al lado: ahora peinamos a nuestro compañero suavemente, le acariciamos la espalda suavemente, le hacemos círculos en la cara, tocamos sus cejas etc. Pasado un tiempo se intercambiarán los roles.
<b>Temporalización</b>	20 minutos aproximadamente.

## SESIÓN 7

### Objetivos:

- Identificar y reconocer las propias emociones y la de los demás
- Analizar las diferentes emociones que inciden en los aspectos cotidianos
- Expresar diferentes emociones a través del lenguaje verbal y no verbal
- Fomentar el control de la impulsividad e hiperactividad
- Mejorar la atención auditiva y visual

<b>Actividad 1</b>	<i>“Cuando estoy contento”</i>
<b>Material</b>	Cuento ilustrado: <i>“Cuando estoy contento”</i> (Moroney y Tellechea, 2011).
<b>Desarrollo</b>	El alumnado se sentará en círculo en la asamblea y escuchará la narración del cuento <i>“Cuando estoy contento”</i> . Durante la narración el profesor mostrará las páginas del cuento al alumnado y se detendrá en algunos detalles. Después el profesor les hará preguntas en relación al cuento, y después el alumnado expresará que situaciones cotidianas generan alegría. ¿Qué situaciones nos hace ponernos contentos? ¿Cómo es nuestra cara cuando estamos contentos? Realizamos expresiones faciales, etc.
<b>Temporalización</b>	30 minutos aproximadamente.

<b>Actividad 2</b>	<i>La varita mágica</i>
<b>Material</b>	Varita mágica Cualquier canción rítmica que anime la actividad Reproductor mp3
<b>Desarrollo</b>	El alumnado se concentra en un espacio abierto y mientras caminarán y/o bailarían de forma libre por el espacio. Cuando el profesor pare la música y saque la varita enunciará: “Atención, atención, ahora nos transformaremos en personas muy enfadadas” y el alumnado se detendrá y pondrá expresión corporal a dicha emoción. Cuando vuelva a sonar la música se reanuda la marcha y hasta nuevo aviso del profesor.
<b>Temporalización</b>	15 minutos aproximadamente.

## 5. CONCLUSIONES

El TDAH está despertando mucho interés debido al aumento de sujetos diagnosticados entre la población escolar. El aula es un buen lugar para observar la sintomatología y apreciar las alteraciones conductuales y emocionales que caracterizan este trastorno.

El profesorado en ocasiones tiene en su aula alumnos con comportamientos disruptivos y alteraciones atencionales, sin embargo, puede tener dificultades para discernir cuando estos comportamientos están indicando un TDAH incipiente.

Las manifestaciones de este trastorno no deberían confundirse, debido a sus considerables repercusiones en el ámbito escolar, social y familiar que llevan asociadas. El hecho de no desarrollar medidas de observación y actuación dentro del ámbito escolar puede acrecentar los síntomas del TDAH, desencadenando consecuencias negativas en un futuro. El profesorado debe informarse sobre los síntomas de este trastorno, su frecuencia e intensidad junto a la combinación de desórdenes conductuales y alteraciones emocionales para sospechar la presencia de esta patología entre el alumnado. Las actuaciones dentro del contexto escolar son fundamentales en las primeras etapas del desarrollo, ya que pueden ayudar a mejorar la sintomatología y las alteraciones emocionales propias del alumnado con riesgo de TDAH. Educar el plano afectivo tendrá repercusiones muy positivas en el rendimiento académico, social y personal del alumnado con factor de riesgo de TDAH. Son varios los autores que inciden en la necesidad de trabajar la autorregulación emocional. Goleman (1995) ofrece la siguiente reflexión, que no deja lugar a duda de la incipiente necesidad de trabajar la inteligencia emocional: *“La tensión emocional prolongada puede obstaculizar las facultades intelectuales del niño y dificultar así su capacidad de aprendizaje”* (p.23).

En conclusión, el TDAH tiene un fuerte impacto en la vida de las personas que lo padecen y de las que están a su alrededor. Un diagnóstico precoz mejorará la calidad de vida del alumnado, así como sus posibilidades de éxito personal en la etapa adulta.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, M.M. y Farrington, D.P. (2017). Attention deficit hyperactivity disorder, impulsivity, and low self-control: which is most useful in understanding and preventing offending?, *Crime Psychology Review*, 3 (1), 1-22
- Albert, J., López-Martín, S., Fernández-Jaén. y Carretié, L. (2008). Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de Atención/hiperactividad: datos existentes y cuestiones abiertas. España: *Revista de Neurología*, 47 (1), 39-45.



- American Psychiatric Association. (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (DSM-IV-TR.) (4ª Ed). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (5ª Edición). Barcelona: Masson.
- Barkley, R. A. (1990). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Handbook for diagnosis and treatment). Guilford: New York.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65-94.
- Barkley, R.A. (1997). *Niños hiperactivos. Como comprender y atender sus necesidades especiales*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Barkley, R.A. (1997). *ADHD and nature of self-control*. New York: Guildford Press.
- Barkley, R.A. (1998). *Attention Deficit Hyperactivity disorder: A hand-book for diagnosis and treatment*. New York: Guildford.
- Barkley, R.A. (1999). *Niños hiperactivos. Como comprender y atender sus necesidades especiales*. Barcelona: Paidós.
- Barkley, R.A. (2006). *Attention Deficit Hyperactivity: A hand-book for diagnosis and treatment* (3 rd edition). New York: Guildford Press.
- Barkley RA. (2006). A theory of ADHD. In Barkley RA, ed. Attention-deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (2011). *Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Barcelona: Paidós.
- Benjumea, P. y Mojarro, M.A. (1993). Trastornos hipercinéticos: estudio epidemiológico en doble fase de una población sevillana. *Anales de Psiquiatría*, 9, 306–311.
- Bonet, T., Soriano, y Solano, C. (2008). *Aprendiendo con niños hiperactivos. Un reto educativo*. Madrid: Thomson.

- Cardo, E., Servera, M., Vidal C., De Azua, B., Redondo, M., Riutort, L, et al. (2011). Influencia de los diferentes criterios diagnósticos y la cultura en la prevalencia del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 52 (1), 09-17
- Carrasco, M.A., Catalá, M.A. y Gómez-Beneyto, M. (1995). Study of the prevalence of the attention deficit hyperactivity disorder in ten-year-old children living in the Valencia metropolitan area. *Actas Luso España: Neurology Psiquiatry Ciencia Afines*, 23, 184-188.
- Castellanos, F.X. y Acosta, M.T. (2004). Neuroanatomía del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. España: *Revista Neurología*, 38 (1), 131-136.
- Catalá-López, F., Periró, S., Ridao, M., Sanfélix-Gimeno, G., Gènova-Maleras, R. y 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, 168-173.
- Ciudad-Real. G. y Martínez, M. (17 de febrero de 2014). Actividades TDAH para trabajar la atención y la percepción visual en la playa en a4 y a3. [Mensaje en un blog]
- Cunningham, C.E. & Boyle, M.H. (2002). Preschoolers at risk for attention-deficit and oppositional defiant disorder: Family parenting and behavioral correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30 (6), 555-569.
- Decreto 428/2008 del 29 de Julio, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas correspondientes a la Educación Infantil en Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, nº 164, Sevilla, 19 de agosto de 2008.
- Döpfner, M., Breuer, D., Wille, N., Erhart, M. & Ravens-Sieberer, (2008). U. How often do children meet ICD-10/DSM-IV criteria of attention deficit/hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder? Parent-based prevalence rates in a national sampleresult of the BELLA study. *Europe Child Adolesc Psychiatry*, 17, 59-70.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2004). El papel de la inteligencia emocional en el alumnado: evidencias empíricas. *Revista electrónica de investigación educativa*, 6 (2), 2-17.

- Faraone, S.V. & Biederman, S. (2000). Nature, Nurture, and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Development Review*, 20 (4), 568-585.
- Faraone, S.V., Perlis, R.H, Doyle, A.E., Smoller, J.W., Goralnick, J.J., Holmgren, M.A., Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 57 (11), 1313-1323.
- Farré M, Narbona J. (1989). Índice de hiperkinesia y rendimiento escolar: validación del cuestionario de Conners en nuestro medio. España: *Acta de Pediatría*, 47,03–109.
- Goleman, D. (1995). *Inteligencia emocional*. Kairós: Barcelona.
- Guerrero, J.F. y Pérez, R. (2011). El alumnado con TDAH (hiperactividad) como colectivo en riesgo de exclusión social: propuestas de acción y de mejora. Universidad de Málaga: *Revista Ruedas*, 2, 37-59.
- Guerrero, R. (2016). *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Entre la patología y la normalidad*. Barcelona: Cúpula.
- Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. (2010). Guías de práctica clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. España: Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Recuperado de: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_477\\_TDAH\\_AIAQS\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_477_TDAH_AIAQS_compl.pdf)
- Jiménez, J. (2012). Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH): Prevalencia y evaluación de las funciones ejecutivas .España: *European Journal of Education and Psychology*, 5 (1), 5-11
- Landau, S. y Moore, L.A. (1991). Social skill déficits in Children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 17, 506-567.
- Loe, I.M. & Feldman, H.M. (2007). Academic and educational outcomes of children with ADHD. *Journal of Pedriatric Psychology*, 32 (6), 643-654.
- Martínez, M.J. (2010). Características de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. España: Universidad de Murcia.

- Mena Pujol, B., Nicolau Palou, R., Salta Foix, L., Tort Almeida, P. y Romero Roca, B. (2006). *Guía práctica para educadores. El alumno con TDAH, trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad*. Barcelona: Editorial Mayo.
- Mitlin, M. (2008). *Juego, El bingo de las emociones*. Madrid: TEA Ediciones.
- Monjas Casares, M<sup>a</sup> I. (2000). *Las habilidades sociales en el currículo*. España: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.
- Montoya, E. y Herrera, E. (2014). *Manifestaciones del TDAH en la etapa de educación infantil y cómo afrontarlas*. Murcia: Consejería de Educación, Cultura y Universidades.  
Recuperado de: <http://diversidad.murciaeduca.es/publicaciones/claves/doc/emontoya.pdf>
- Moreno, I. (2008). *Hiperactividad infantil. Guía de actuación*. Madrid: Pirámide
- Moroney, T., y Tellechea, T. (2011). *Cuando estoy contento*. Ediciones SM. Recuperado de <https://es.slideshare.net/diabeticadulce/cuando-estoy-contento>
- Moroney, T. y Tellechea, T. (2011). *Cuando estoy enfadado*. Ediciones SM. Recuperado de: <http://es.calameo.com/read/001908133a1aee0e13360>
- Morrison J.R., & Stewart M.A. (1973). The psychiatric status of the legal families of adopted hyperactive children. *Archives of general psychiatry*, 28 (6), 888–91.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor.
- Orjales Villar, I. (1995). *Déficit de Atención con Hiperactividad. Manual para padres y educadores*. Madrid: CEPE.
- Orjales, I. (2000). Déficit de atención con hiperactividad: el modelo híbrido de las funciones ejecutivas de Barkley. España: *Revista Complutense de Educación*, 11 (1), 71-84.
- Orjales, I. y Aquilino, A. (2001). *Programas de intervención cognitivo-conductual para niños con Déficit de Atención con Hiperactividad*. Madrid: CEPE.

- Orjales, I. (2004). Impacto y detección de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Educación y futuro: Revista de investigación aplicada y experiencias educativas*, 10, 11-20.
- Orjales, I. (2007). El tratamiento cognitivo en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): revisión y nuevas aportaciones. *Anuario de Psicología clínica y de la salud*, 3 (1), 19-30.
- Papazian, O., Alfonso, I. y Luzondo, R.J. (2006). Trastornos de las funciones ejecutivas. Murcia: *Revista de Neurología*, 42 (3), 45-50.
- Pelayo, J.M., Trabajo, P. y Zapico, Y. (2012). TDAH: Una visión multidisciplinar. España: *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, 11 (2) ,7-35.
- Rickel, A. y Brown, R.T. (2007). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adultos*. México: Manual moderno.
- Scott, H. & Kollins, P.D. (2009). Genética, neurobiología y neurofarmacología del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Durham: *Revista de Toxicomanías*, 55, 19-27.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2009).Management of attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people: A national clinical guideline. Edinburgh: The Network.
- Recuperado de: <http://www.sign.ac.uk/assets/sign112.pdf>
- Sprich, S., Crawford, M.H., Mundy, E. & Faraone, S.V. (2000). Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (1) ,1432–1437.
- Tcc Trebol Comunicación y Creación S.A. *Trasto, un campeón en la familia* [Internet]. España. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=2VpzCD2wLIE>
- Tannock, R. y Brown, T.E. (2000). Attention-deficit disorders with learning disorders in children and adolescents. Washington D.C: American Psychiatric Press.

Teacher Sherpa. (2016). Tarjetas de sentimientos: ¿Cómo me siento hoy? [Mensaje en un blog]. Recuperado de: <https://teachersherpa.com/template/Tarjetas-de-sentimientos-Como-me-siento-hoy/38f008d4-ff9d-4dc0-9baf-9424b1689e10/details?authorName=Accent%20Network>

Vaquerizo-Madrid, J. (2004). Hiperactividad en el niño preescolar: descripción clínica. España: *Revista de Neurología*, 40 (1), 25-32.

Vaquerizo-Madrid, J., Estévez-Díaz, F. y Pozo-García, A. (2005). El lenguaje en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: competencias narrativas. *Revista de neurología*, 41(1), 83-89.

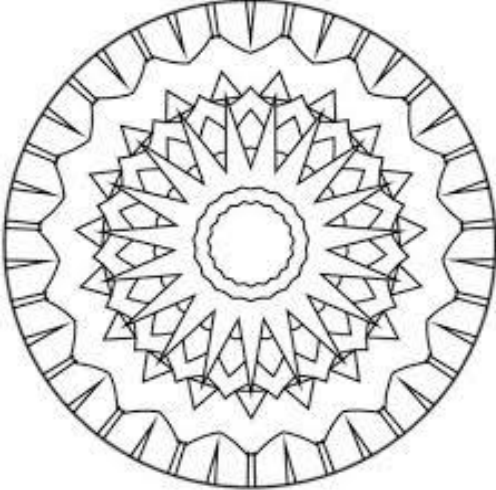
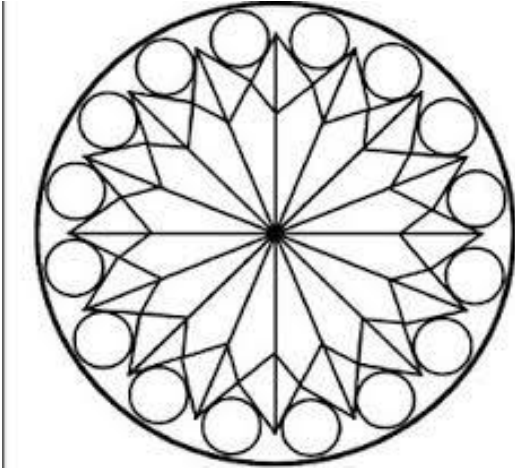
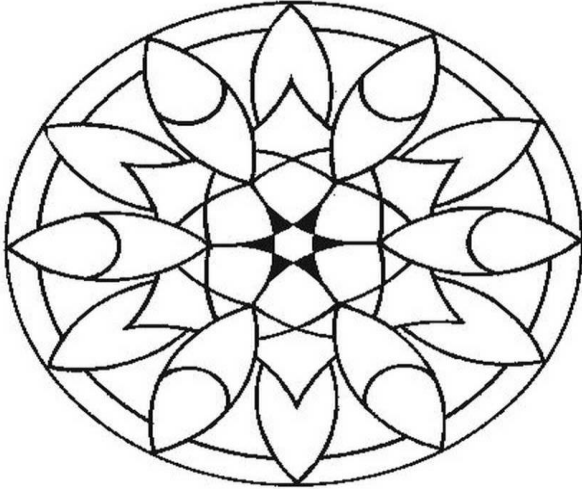
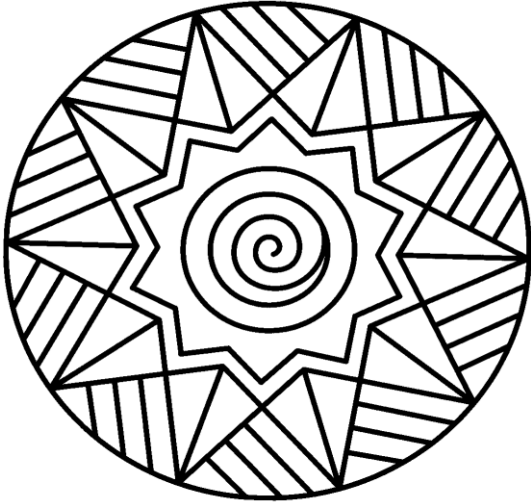
Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jonsson, B.,...Steinhausen, H.C. (2011). The size and burden of mental disorders of the brain in Europe 2010. *Europe Neuropsychopharmacology*, 21 (9) ,655-679.

## ANEXOS

Cuestionario para la evaluación de la sintomatología del TDAH en Educación Infantil a partir de la programación de actividades para la mejora de la sintomatología del TDAH, habilidades sociales e inteligencia emocional en las aulas de Educación Infantil

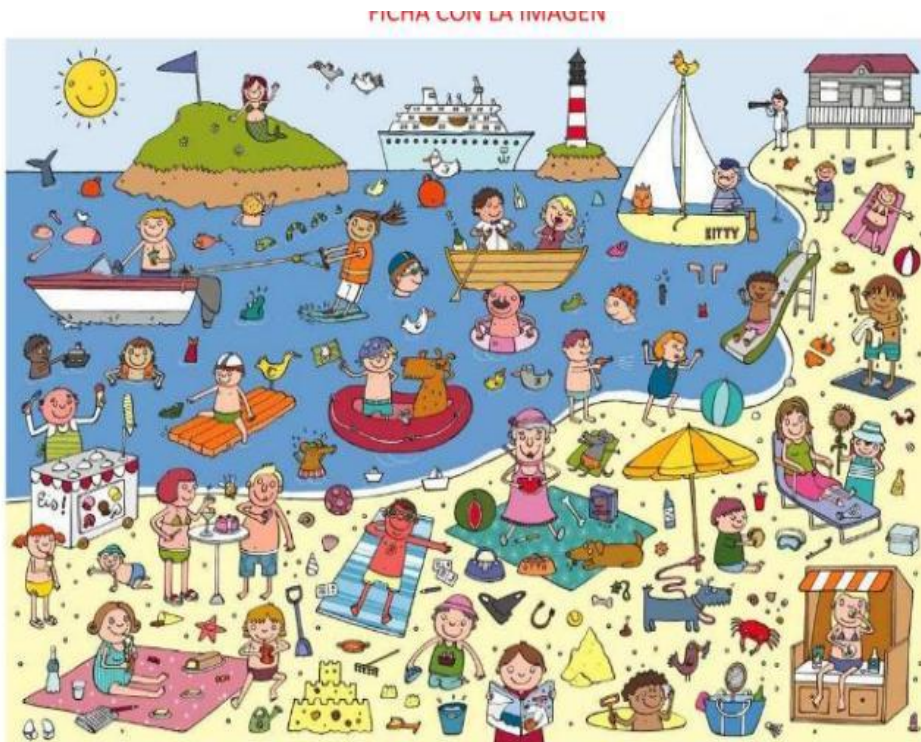
Alumno/a:				
Criterios a evaluar	Siempre	A veces	Casi nunca	Observaciones
Mantiene la atención e interés en el transcurso de las actividades.				
Finaliza las actividades con éxito.				
Trabaja en grupo de forma satisfactoria.				
Acepta y respeta las normas de convivencia.				
Discrimina entre comportamientos adecuados e inadecuados en diferentes contextos.				
Muestra autocontrol y dominio de sus acciones y movimientos.				
Muestra empatía y asertividad hacia los sentimientos y emociones de los demás.				
Es capaz de solucionar conflictos a través de la reflexión y diálogo.				
Se relaciona con sus compañeros de acuerdo a unas pautas sociales y de respeto.				
Identifica, expresa y controla sus sentimientos y emociones de forma apropiada, favoreciendo la correcta convivencia en el aula.				

Actividad "Coloreamos mandalas"





Actividad: "Fíjate bien"



Actividad: ¿Cómo me siento hoy?

 Me siento feliz	 Me siento triste	 Me siento enojada	 Me siento feliz.	 Me siento triste.	 Me siento enojado.
 Me siento necia	 Me siento cansada.	 Me siento preocupada	 Me siento necio.	 Me siento cansado	 Me siento preocupado
 Me siento sorprendida.	 Me siento frustrada	 Siento que quiero estar sola	 Me siento sorprendido.	 Me siento frustrado.	 Siento que quiero estar solo.

Actividad: "El bingo de las emociones"

