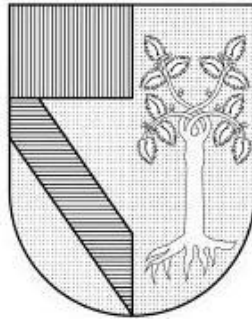


UNIVERSIDAD PANAMERICANA

ESCUELA DE PEDAGOGÍA



**“ESTUDIO DE CASO SOBRE TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON
HIPERACTIVIDAD SU DIAGNOSTICO E INTERVENCIÓN
NEUROPSICOLÓGICA”**

T E S I S

QUE PRESENTA

JESICA EUGENIA ROSAS CHAVOYA

P A R A O B T E N E R E L G R A D O D E :
MAESTRO EN NEUROPSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN

DIRECTOR DE LA TESIS:

Dra. Lucía Amelia Ledesma Torres

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
I.1. TRASTORNO DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.....	4
I.1.1 ANTECEDENTES	4
I.2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-V PARA TDAH	5
I.3. CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE-10).....	6
I.3.1. PAUTAS PARA EL DIAGNÓSTICO TDAH SEGÚN CIE-10	8
I.3.2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL TRASTORNO HIPERCINÉTICO SEGÚN LA CIE – 10.....	9
I.3.2.1. Hiperactividad	10
I.4. GUÍA CLÍNICA DEL TDAH.....	11
I.5. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS).....	13
I.6. COMORBILIDADES DEL TDH	14
I.7. NEUROLÓGICO EN EL TDAH	19
I.7.1. Factores Neurológicos.....	20
I.7.1.1. La Genética conductual.....	20
I.7.1.2. Factores neuroquímicos	22
I.7.1.3 Factores neurofisiológicos.....	22
I.7.2. Factores psicosociales	23
I.8. IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN EL TDAH.....	24
I.8.1. Alimentos perjudiciales	26
I.9. LA CREATIVIDAD EN EL TDAH	27
I.9.1. Creatividad y trastorno de déficit de atención con hiperactividad.....	32
I.10. LATERALIDAD EN TDAH	36
I.11. INCLUSION EDUCATIVA PARA EL TDAH.....	40
II. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO DE CASO.....	41
II.1. HISTORIA CLÍNICA.....	42
II.1.1. RECOMENDACIONES	43
II.1.2. Adaptación Curricular.....	47
II.1.3. Estrategias en salón de clases enfocado en el profesor (Loren Cecilia, 2009):.....	50
II.2. ACTIVIDADES, EJERCICIOS Y ESTRATEGIAS PARA TRABAJAR CREATIVIDAD Y OTRAS ÁREAS EN LA MENOR	51
II.3. Diagnóstico e Intervención Neuropsicológica.....	63

CONCLUSIONES	65
REFERENCIAS DOCUMENTALES.....	67
Anexo 1.....	71
Cuestionario a la madre DSM-V:	71
Cuestionario a la madre acerca de Hiperactividad-impulsividad en el DSM-V.....	75
Cuestionario aplicado a maestra acerca de Hiperactividad-impulsividad el DSM-V	79
APLICACIÓN DE PRUEBAS NEUROPSI	82
Tabla donde se grafica todas las áreas juntas y el nivel en donde ubica en cada una de ellas.	87
Observaciones de la docente	87

INTRODUCCIÓN

En esta tesis se aborda un estudio de caso donde la menor es una niña de 7 años que tiene trastorno de Déficit de Atención con hiperactividad (TDAH) este estudio es a partir de un enfoque neuropsicológico, de esta manera se puede comprender y entender las dificultades que la niña enfrenta.

Es importante mencionar que su mamá y abuelo materno presentan misma sintomatología, pero nunca se les detecto de manera oportuna.

La menor no está medicada por lo que le hizo hincapié a la madre sobre la importancia del tratamiento farmacológico y en el seguimiento terapéutico, para así notar una mejoría en el ámbito escolar.

En este estudio se explica y da estrategias para aplicarlas en escuela y en el hogar, que le ayudaran en el ámbito psicomotriz y atencional.

Se explica detalladamente cada ámbito aplicado y estudiado a lo largo del caso, así como, se analizan estos conceptos importantes para la comprensión de este.

Se le aplicó una prueba neuropsicológica llamada **Neuropsi**, donde se mide los factores atencionales de memoria a corto y largo plazo de trabajo en la menor. Esta prueba nos explica, en base a un análisis cuantitativo, el nivel de déficit de atención donde se ubica en la paciente.

En los últimos años se ha estudiado de forma continua el Trastorno de Déficit de Atención y su problemática desde la niñez hasta la vida adulta. Este estudio de caso no solo nos demuestra la dificultad que aborda una niña con TDAH, sino también su entorno y de qué manera influye el ámbito genético.

Se describe detalladamente este caso desde un punto de vista neuropsicológico, puesto que, si bien es cierto ya se cuenta con información acerca del TDAH, es importante investigar desde un punto de vista personalizado, esto mediante estudios, cual es la problemática que se presenta.

Se analizaron sus actividades diarias y sus hábitos, de esta forma se le dio un seguimiento a la menor para explicar detalladamente las situaciones y las complicaciones en su vida diaria.

Esta tesis permite ahondar más en el estudio del TDAH y dar un ejemplo de lo que sucede, puesto que la familia tiene antecedentes de dos generaciones atrás (abuelo materno y madre)

El objetivo es desarrollar un avance en la menor a partir de sus necesidades, para que se desenvuelva de mejor manera en la escuela y en su entorno social, así como trabajar una prevención para su vida adulta y no generar mayores dificultades.

Esta investigación se realizó en consulta con la paciente, aplicando pruebas psicológicas **Bender** y **Neuropsi**; los resultados obtenidos se analizaron para obtener información (se anexa más adelante), así como el desarrollo de la terapia, entrevista con madre y maestras, además de los avances que haya mostrado la paciente.

Es importante mencionar que la menor aún no ha sido medicada, esto por problemáticas sociales (económicas) que la madre enfrenta. Por lo que se le canalizo al Psiquiátrico Infantil "**DR. JUAN N. NAVARRO**" institución especializada para que se le de apoyo especializado y un seguimiento, tratamiento médico psiquiátrico.

La terapia con un enfoque Neuropsicológico mostrará tener un beneficio en el tratamiento de una paciente que tiene Trastorno con Déficit de Atención e Hiperactividad.

De esta manera el objetivo es analizar detalladamente el trabajo y llevar seguimiento terapéutico en el ámbito neuropsicológico en la menor de 7 años por lo que se examinara cada área tanto emocional, conductual y a su vez educativa en la niña para ayudar en la superación de esta dificultad.

I. MARCO TEÓRICO DEL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN

El médico Alexander Crichton realizó una descripción de una condición de algo muy parecido a lo que actualmente llamamos TDAH. Le llamó `Mental Restlessness` (agitación o inquietud mental). Dos características resaltaba Crichton:

1. Inquietud
2. Incapacidad para atender a algo por tiempo adecuado y con constancia en la realización de las tareas.

Esto se registra en sus escritos que luego dieron origen al libro `An inquiry into the nature and origin of mental derangement` en la que aborda distintos aspectos relacionados con la mente humana y cuestiones patológicas de la misma. Crichton es considerado uno de los padres de la psicología moderna y es exponente de la génesis de la psiquiatría (Matusevich,2017).

El término de Trastorno de Déficit de atención con hiperactividad (TDAH), es atribuido a George Frederic Still quien es considerado el padre de los pediatras británicos, el cual mencionó en un artículo de la revista The Lancet en 1902, algunos casos de niños que mostraban dificultad para controlarse por lo que su sintomatología era “descontrol”, o niños con defectos en el control motor, falta de inhibición volitiva y, en general, tenían un carácter escandaloso, poco sincero y obstinado. Por lo que este médico británico lanzó la hipótesis de que esa enfermedad no era debida a una mala crianza ni a una bajeza moral, sino producto de una herencia biológica o bien de una lesión en el momento del nacimiento.” (Guerrero, 2011, pág. 56)

Durante la década de los setenta, Virginia Douglas (1972), en Canadá, empezó a analizar y a revisar los síntomas asociados a la hiperactividad y algo más adelante descubrió cuatro características básicas que debían considerarse en un cuadro clínico:

- 1) Déficit en la atención y en el esfuerzo
- 2) Impulsividad
- 3) problemas en la autorregulación

4) Necesidad de reafirmación inmediata.

En 1980 se le dio la nueva denominación de trastorno por déficit de atención, un nuevo concepto que aún tardaría años en llegar a nuestro país.

Una de las aportaciones más valiosas que se han realizado en el estudio e intervención educativa del Trastorno de Déficit de atención con Hiperactividad, ha sido la de Russel Barkley quién ha desarrollado, desde el año 1997, un modelo psicoeducativo con el que trata de explicar el funcionamiento cognitivo de las personas con TDAH. Este modelo se centra en tratar de explicar qué factores neurológicos y psicológicos pueden estar interviniendo en el mismo, y aporta información de gran utilidad para comprender mejor el TDAH.

Así como se ha visto a lo largo de la historia se han hecho diversas investigaciones que han sido parteaguas importantes para la detección y catalogarlo como un trastorno y en su tratamiento.

Barkley menciona al TDAH como un trastorno que afecta a los procesos de inhibición o autocontrol entendiendo por autocontrol o autorregulación la capacidad del individuo para frenar la primera respuesta que inició ante la aparición de un estímulo; proteger su pensamiento de distracciones externas o internas, y elaborar una nueva respuesta más adecuada que sustituya a la primera. Barkley (2017)

Por lo que el trastorno Déficit de atención unido con hiperactividad se observa de la siguiente manera donde se explican sus antecedentes y características.

I.1. TRASTORNO DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

I.1.1 ANTECEDENTES

El trastorno se menciona de distintas maneras como hiperquinesia también. En la revista de docencia creativa se menciona que:

Desde que Still (1902) realizó la primera aproximación al trastorno, hablando de un déficit en el control moral, han sido distintas las aproximaciones que ha tenido el trastorno, como hiperkinesia, disfunción cerebral mínima (Clements, 1966), o más tarde Virginia Douglas (1972) argumentó que la deficiencia básica de los niños hiperactivos no era el excesivo grado de actividad, sino su incapacidad para mantener la atención y su impulsividad.

Así mismo menciona Still (1902), las consecuencias personales y sociales de la impulsividad son evidentes dado el alto índice de niños que cada día son diagnosticados bajo el TDAH, una manifestación extrema de las dificultades relacionadas con la autorregulación.

Aunque en las últimas décadas se ha conceptualizado el TDAH como un trastorno de las funciones ejecutivas, autores como Banaschewski, Hollis, Oosterlaan, Roeyers, Rubia, Willcutt y Taylor (2005), señalan que este trastorno podría estar más relacionado con anormalidades motivacionales, desorganización motriz y descontrol temporal. Otros autores, como Sonuga-Barke (2005) o McInerney y Kerns (2001), ven en la motivación un aspecto esencial para explicar y comprender el TDAH. (2017).

I.2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-V PARA TDAH

Según el DSM-V el trastorno por déficit de atención con hiperactividad tiene un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo que se caracteriza por la siguiente sintomatología que se han mantenido por los siguientes seis meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y afecta directamente las actividades sociales:

- 1.- Académicas y laborales, como por ejemplo con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares.
- 2- Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas.
- 3- Parece no escuchar cuando se le habla directamente, no sigue las instrucciones y no

termina tareas escolares, tiene dificultad para organizar tareas y actividades.

4- Tiene mala gestión del tiempo

5-Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos y olvida las actividades cotidianas cómo hacer las tareas.

En cuanto a la hiperactividad-impulsividad el DSM-V menciona que si se ha mantenido seis o más de los siguientes síntomas durante seis meses y no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente actividades sociales y académicas la sintomatología es la siguiente:

1. Juguetea con las manos o los pies.
2. Se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado.
3. Corretea o trepa en situaciones que no resulta apropiado.
4. Es incapaz de jugar o de ocuparse en actividades recreativas.
5. Está ocupado actuando como si lo impulsara un motor.
6. Habla excesivamente.
7. Responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta.
8. Le es difícil esperar su turno e interrumpe o se inmiscuye con otros.

Podemos observar que no solo en el DSM-V se encuentra clasificado el TDAH, también lo encontramos en el CIE-10 (clasificación internacional de enfermedades) y en la guía clínica de enfermedades.

I.3. CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE-10)

Según el CIE-10 menciona que el TDAH es un trastorno mental y de comportamiento.

El capítulo 5 de la CIE-10 clasifica las enfermedades mentales en los códigos comprendidos entre las categorías de trastornos mentales debidos a afecciones fisiológicas conocidas son aquellos cuya etiología es una enfermedad o lesión cerebral

que puede ser primaria, cuando afectan al cerebro de un modo directo o secundario como en el caso de las enfermedades sistémicas que afectan a diversos órganos o sistemas, entre ellos al cerebro.

Según el CIE-10 es un grupo de trastornos caracterizados por un comienzo precoz, la combinación de un comportamiento hiperactivo y pobremente modulado con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas y porque estos problemas se presentan en las situaciones más variadas y persisten a lo largo del tiempo. Menciona que los trastornos hiperquinéticos tienen un comienzo temprano (por lo general, durante los cinco primeros años de la vida).

Sus características principales son una falta de persistencia en actividades que requieren la participación de procesos cognoscitivos y una tendencia a cambiar de una actividad a otra sin terminar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva.

Normalmente estas dificultades persisten durante los años de escolaridad e incluso en la vida adulta, pero en muchos de los afectados se produce, con el paso de los años, una mejoría gradual de la hiperactividad y del déficit de la atención.

También menciona que los niños hiperquinéticos suelen ser descuidados e impulsivos, propensos a accidentes, y plantean problemas de disciplina por saltarse las normas, más que por desafíos deliberados a las mismas, por una falta de premeditación. Su relación social con los adultos suelen ser desinhibidas, con una falta de la prudencia y reserva naturales. Son impopulares entre los niños y pueden llegar a convertirse en niños aislados. Es frecuente la presencia de un déficit cognoscitivo y son extraordinariamente frecuentes los retrasos específicos en el desarrollo motor y del lenguaje.

Las complicaciones secundarias son un comportamiento disocial, antisocial y una baja estimación de sí mismo. Hay un considerable solapamiento entre la hipercinesia y otras formas de comportamiento anormal como el trastorno disocial en niños no socializados. Sin embargo, la evidencia más general tiende a distinguir un grupo en el cual la hipercinesia es el problema principal.

Los trastornos hiperquinéticos se presentan en varones con una frecuencia varias veces superior a la que se presentan en el sexo femenino. Es frecuente que se acompañe de problemas de lectura o del aprendizaje.

En el siguiente rubro se le da al especialista recomendaciones para hacer un adecuado diagnóstico en un paciente con posible TDAH.

I.3.1. PAUTAS PARA EL DIAGNÓSTICO TDAH SEGÚN CIE-10

Según el CIE-10 (OMS, 1992) “Los rasgos cardinales son el déficit de atención y la hiperactividad. El diagnóstico requiere la presencia de ambos, que deben manifestarse en más de una situación (por ejemplo, en clase, en la consulta).”

El trastorno de la atención se pone de manifiesto por una interrupción prematura de la ejecución de tareas y por dejar actividades sin terminar. Los chicos cambian frecuentemente de una actividad a otra, dando la impresión que pierden la atención en una tarea porque pasan a entretenerse con otra (aunque estudios de laboratorio no demuestran con precisión un grado extraordinario de distracción sensorial o perceptiva). Estos déficits en la persistencia y en la atención deben ser diagnosticados sólo si son excesivos para la edad y el CI del afectado.

La hiperactividad implica una inquietud excesiva, en especial en situaciones que requieren una relativa calma. Dependiendo de las circunstancias, puede manifestarse como saltar y correr sin rumbo fijo, como la imposibilidad de permanecer sentado cuando es necesario estarlo, por una verborrea o alboroto o por una inquietud general acompañada de gesticulaciones y contorsiones. El criterio para la valoración de si una actividad es excesiva está en función del contexto, es decir, de lo que sería de esperar en esa situación concreta y de lo que sería normal teniendo en cuenta la edad y el CI del niño.

Este rasgo comportamental es más evidente en las situaciones extremas y muy estructuradas que requieren un alto grado de control del comportamiento propio.

En la edad adulta puede también hacerse el diagnóstico de trastorno hiperquinético. Los

fundamentos son los mismos, pero el déficit de atención y la hiperactividad deben valorarse en relación con la evolución de cada caso. Cuando la hipercinesia se presentó únicamente en la infancia y en el curso del tiempo ha sido sustituida por otra entidad como un trastorno de la personalidad o un abuso de sustancias, debe codificarse la entidad actual en lugar de la pasada.

Los criterios para el diagnóstico se dan a continuación donde se habla detalladamente cada uno de ellos.

I.3.2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL TRASTORNO HIPERCINÉTICO¹ SEGÚN LA CIE – 10

Para poder dar un diagnóstico de forma asertiva hay que tomar en cuenta los siguientes puntos:

1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones.
5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.
6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental mantenido.
7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, como material escolar, libros, etc.
8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos.

¹ Hiperkinético e hiperquinético son términos que hacen referencia a la hiperactividad.

9. Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias.

También hay que tener en cuenta los criterios diagnósticos para Hiperactividad de esta manera hacer el diagnóstico conjunto del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad.

I.3.2.1. Hiperactividad

Los siguientes puntos son criterios diagnósticos para Hiperactividad:

1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en su asiento.
2. Abandona el asiento en el aula o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas.
4. Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
5. hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
6. A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo.
7. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros.
8. habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.

- El inicio del trastorno no es posterior a los siete años.
- Los criterios deben cumplirse en más de una situación.
- Los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad ocasionan malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.
- No cumple los criterios para trastorno generalizado del desarrollo, episodio

depresivo o trastorno de ansiedad.

Es importante mencionar que para hacer el diagnóstico se debe de cumplir con cinco o más criterios, tanto del Trastorno déficit de atención como hiperactividad.

I.4. GUÍA CLÍNICA DEL TDAH

En la Guía Clínica del TDAH (2017) mencionada en cuestión de epidemiología se considera este trastorno relativamente común, varían de las técnicas diagnósticas, han reportado una prevalencia a nivel mundial de 8% a 12% en niños y adolescentes y de 1.2% a 7.3% en adultos.

En la actualidad se tiene el conocimiento que cada 100 niños en edad escolar de 3 a 5 presentan TDAH, mientras que en la adolescencia se reportan diferencias por sexo ya que de 100 hombres adolescentes de 1 a 6 lo presentan y de 100 mujeres adolescentes de 1 a 2 lo presentan.

El TDAH está asociado con una problemática psico-social como problemas de aprendizaje, baja autoestima, fracaso académico, abuso de sustancias, delincuencia en adolescentes y en la edad adulta.

En dado caso si no es diagnosticado a tiempo y no se le da un tratamiento oportuno se genera las siguientes dificultades:

- Déficit cognitivos en planificación, atención sostenida, percepción del tiempo e inhibición.
- Desorganización.
- Agresividad física-verbal.
- Sesgo de atribución hostil.
- Rechazo Social.
- Sueño no reparador.
- Desmoralización.
- Depresión y ansiedad

- Dificultades de aprendizaje y escaso rendimiento escolar.
- Escaso éxito profesional.
- Mayor riesgo de accidentes.

También se menciona en la Guía Clínica del TDAH (2017) “El pronóstico de las personas con este síndrome viene determinada por un alto número de factores, unos intrínsecos, que radican en las propias condiciones constitucionales del individuo y otros extrínsecos, provenientes de las condiciones ambientales en las que se desarrollan y se piensa que deben madurar. Entre las primeras predominan los factores genéticos, muchos más importantes que ningún otro de los que pueden intervenir en la etiología y en la evolución, bajo todos los aspectos de estas personas. A estos condicionantes se unen la constitución anatómica principalmente volumétrica y de desarrollo.

Se satisface el conjunto de pautas de trastorno hiperquinético, pero no se satisface el de (trastorno disocial).

Incluye:

Trastorno de déficit de atención.

Síndrome de déficit de atención con hiperactividad.

Excluye:

Trastorno hiperquinético asociado a trastorno disocial.

También se habló en III Jornadas Leonesas sobre TDAH sobre la evolución del TDAH en el desarrollo evolutivo de los niños: signos de alarma

Nueve signos de alerta evolutivos TDAH-preescolares (Rodríguez, 2015):

1. Pobre desarrollo del juego social (asociativo-cooperativo)
2. Estilo de juego: Preferencia por los juegos deportivos sobre los educativos
3. Actitud "desmontadora" ante los juguetes. Pobre "interés sostenido" por el juego con juguetes

4. Retraso en el lenguaje
5. Retraso en el desarrollo de la motricidad fina adaptativa: TORPEZA
6. Dificultades para el aprendizaje para los colores, los números y las letras
7. Dificultades en el desarrollo gráfico y comprensión de la figura humana en el dibujo
8. Inmadurez emocional
9. Rabietas y accidentes en el hogar o en el parvulario

Como ya vimos en anteriormente se da posibles problemáticas al no tener un diagnóstico en el tiempo adecuado y un trabajo terapéutico puesto que el niño puede presentar dificultades tanto académicas, sociales y hasta en la vida persona.

En el siguiente punto se habla de los criterios para el diagnóstico del TDA en el sistema de salud (SNS).

I.5. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS)

Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela y en casa).

Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo del funcionamiento social, académico o laboral.

Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Se toma en cuenta los siguientes rubros:

1. está en movimiento o suele actuar como si tuviera un motor.
2. habla en exceso. Impulsividad
3. precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
4. tiene dificultades para guardar turno
5. interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros.

El Trastorno de Déficit de Atención viene acompañado por otros trastornos asociados a este, a continuación se habla acerca de las comorbilidades.

I.6. COMORBILIDADES DEL TDH

En cuanto a la comorbilidades del TDH que son otros trastornos asociados a este se habla de un trastorno de ansiedad generalizada pues que en ellos es muy difícil dormir por las noches y cuesta poner atención.

Según el congreso en neuropsicología por internet (2017) destaca que debido a la imprecisión del diagnóstico, basado en criterios subjetivos y cuya apreciación puede variar a lo largo del tiempo, las cifras de prevalencia de TDAH que se sugieren son muy variables. En el DSM V-TR (Manual de Clasificación y Diagnóstico de las Enfermedades Mentales, de la Academia Americana de Psiquiatría.2016), se sugiere una prevalencia entre el 3-5 %. Sin embargo, estas cifras varían enormemente en función de la población estudiada, el método de estudio realizado y los criterios requeridos. En fechas recientes se ha llegado a proponer una prevalencia del 17.1 %. Sin embargo, si atendemos a los diversos síntomas y manifestaciones que se hallan en los niños con TDAH, fácilmente llegaremos a la conclusión de que la forma más rara de TDAH es la que se exhibe de

forma aislada; es decir, limitada a las manifestaciones propias del trastorno.

En un estudio realizado en Suecia por el grupo de Gillberg se ponía en evidencia que el 87 % de niños que cumplían todos los criterios de TDAH tenían por lo menos un diagnóstico comórbido y que el 67 % cumplían los criterios por lo menos para dos trastornos comórbidos.

Según el congreso las comorbilidades más frecuentes fueron el trastorno de conducta de oposición desafiante y el trastorno del desarrollo de la coordinación. La conclusión inmediata es la de que cuando se atiende a un niño con TDAH, si el diagnóstico queda limitado al TDAH, existen altas probabilidades de que estemos pasando por alto otros problemas, en ocasiones más importantes que el propio TDAH.

Según J. Artigas-Pallarés (2016) menciona que en un estudio realizado en Suecia por el grupo de Gillberg, se ponía en evidencia que el 87% de niños que cumplían todos los criterios de TDAH tenían, por lo menos, un diagnóstico comórbido, y que el 67% cumplían los criterios para, por lo menos, dos trastornos comórbidos.

Las comorbilidades más frecuentes fueron el trastorno de conducta de oposición desafiante (TOD) y el trastorno del desarrollo de la coordinación (TDC) [3]. La conclusión inmediata es que, cuando se atiende a un niño con TDAH –si el diagnóstico se limita al TDAH–, existen altas probabilidades de que pasemos por alto otros problemas, en ocasiones más importantes que el propio TDAH.

También menciona J. Artigas-Pallarés que la Comorbilidad del DSM V, de acuerdo con la DSM V, debe cumplir los criterios de:

1. Tics múltiples motores y uno o más tics vocales que se han presentado en algún momento, aunque no necesariamente de forma coincidente.
2. Los tics ocurren muchas veces al día (habitualmente en brotes), casi todos los días o, intermitentemente, a lo largo de un período superior a un año, y durante este intervalo no ha existido un período libre superior a tres meses consecutivos

3. El inicio es antes de los 18 años.

4. El trastorno no se debe a los efectos de una sustancia o a una condición médica general.

En específico según el observatorio para la niñez y la infancia los niños con un componente de impulsividad importante existen rasgos de conducta desafiante y de incumplimiento de las normas que hay que distinguir de los que se presentan en otros trastornos de conducta.

Entre los trastornos de aprendizaje, la dislexia es el que con mayor frecuencia se asocia al TDAH. No hay que confundir el bajo rendimiento escolar que, como ya hemos señalado, tienen la mayoría de alumnos con TDAH con el bajo rendimiento debido a la coexistencia de trastornos específicos de aprendizaje asociados.

Es importante mencionar que los niños con déficit de atención e hiperactividad presentan las siguientes características, según Trinidad Camañes 2017):

1. No escuchan, no se fijan.
2. Se les olvida, no retienen, o pierden la información sobre lo que tiene que hacer.
3. No interiorizan las normas.
4. Saben hacer muchas cosas pero no son capaces de llevarlas a término. Hay que estar encima de ellos para conseguirlo.
5. El ambiente, el contexto, la situación no les sirve para controlarse, no les llega la información sobre qué es lo adecuado, qué debe hacer o que se espera de él en ese momento.
6. Dicen lo primero que se les ocurre, hacen lo primero que piensan.
7. Todos los estímulos les entretienen, no saben poner un filtro para atender solo al pertinente y al adecuado a la situación.
8. No son capaces de atender mucho tiempo a una sola tarea que les suponga esfuerzo mental.
9. No aprenden por las consecuencias.

10. No anticipan lo que va a pasar. No evalúan las consecuencias de sus acciones.
11. Desconocen que pueden recordar el pasado para saber cómo actuar.
12. El castigo no les sirve para aprender a comportarse bien.
13. No tienen un tiempo de espera, un tiempo de reflexión antes de actuar.
14. Cuando más necesario es que estén quietos, más inquietud les entra.
15. No tienen conciencia del tiempo, ni regulan el mismo: o van muy rápido en tareas que se requiere ir despacio, o van muy despacio en tareas en las que se puede ir rápido.

Para trabajar todas estas áreas Trinidad Camañas (2017) da consejos para que el menor que tiene esta dificultad inicie hacer consciente la dificultad que se le presenta y es la siguiente:

- Estructuración del ambiente: hábitos, rutinas, organización, planificación, horarios, órdenes, normas.
- Externalización de la información: carteles, fotos, dibujos, relojes, contadores, señales acústicas.
- Internalización de los procesos: guía externa de la conducta, pensar en voz alta, repetirse la orden, modelado cognitivo, auto instrucciones trabajar con la imaginación (el pasado y el futuro)

Pensar en voz alta y repetirse en alto lo que tienen que hacer.

Procura que cuando le des una orden, él repita la instrucción que se le ha dado, para que no se pierda, aumentando así la probabilidad de que cumpla con el cometido que se le ha ordenado al pararse y dedicarle un tiempo a pensar lo que tiene que hacer.

Los auto-instrucción consisten en ayudar a tu hijo o al alumno a que cuando se encuentre ante un problema o una dificultad tenga la capacidad de pararse y pensar antes de actuar o tomar decisiones precipitadas:

Me paro → Observo → Pienso → Decido → Actúo → Evalúo

El padre o maestro puede enseñarle que el proceso para pensar debe comprender las siguientes reflexiones antes, durante y después de la acción:

- ¿Cuál es mi tarea?
- ¿Cómo la voy a hacer? ¿Cuál va a ser mi plan?
- ¿Estoy siguiendo mi plan?
- ¿Cómo lo he hecho?

Con niños que tienen TDAH es muy importante que se trabaje con la imaginación puesto que no solo se ayudara a la contención, sobre todo se ayudara adquirir habilidades y potenciar otras como la creatividad, por lo que Trinidad Camañas, (2017) menciona:

Lo mejor para llevar a cabo este ejercicio es plantearlo como si fuese un juego, y puede consistir tanto en recordar el pasado como en imaginarse el futuro.

Jugar a recordar una situación similar a la que tengáis que enfrentaros. Por ejemplo, cuando tenéis que ir a la consulta del médico: “vamos a recodar cuando hemos ido a esa misma consulta o algún otro sitio donde hemos tenido que esperar.” ¿Qué pasó? ¿Qué hacemos cuando nos pasa eso? ¿Qué hacen entonces los adultos?... Lo que puede llevar a hablar sobre que tardan en recibirnos, que nos toca esperar mucho, que se aburre y entonces empieza a saltar o a tocar todo y a protestar, que molesta a las otras personas. Que mamá/papá nos avisa que no está haciendo caso, que se enfada y al final le castigo”.

En resumen, se trata de volver a traer a su mente esas situaciones que ya ha vivido. Hacerle preguntas para que sea él quien las vaya respondiendo, y sobretodo, llegar a ¿qué podemos hacer hoy para que no pase otra vez? Espera siempre a que sea él quien de las soluciones y admite aquellas que veas que vayan a ser eficaces y que sean pertinentes. En el caso de que no se le ocurra a tu hijo ninguna solución o sean

“descabelladas”, ve sugiriéndole tú otras opciones.

Si se prefiere hacer el ejercicio con el futuro, debes plantear el ejercicio de la misma forma pero hablando de lo que podría suceder si...: “Vamos a imaginarnos qué pasaría si en esta situación tu tuvieras esta dificultad... ¿Cómo lo podrías solucionar? ¿Vamos a ver qué pasaría si tu hicieras eso?”.

Así damos por terminadas los criterios diagnósticos de las diferentes guías clínicas para el diagnóstico del TDAH, para pasar al ámbito neurológico donde se explica las áreas biológicas y genéticas de un paciente diagnosticado con TDAH.

I.7. NEUROLÓGICO EN EL TDAH

En cuestión del ámbito neurológico del déficit de atención tomando en cuenta genética y química cerebral. La causa principal del TDAH es la herencia. Aproximadamente el 75% de los casos con este trastorno tiene causas de origen genético. No obstante, determinar este origen es complicado ya que la patología no la causa un solo gen y además estos genes interactúan entre ellos. Hay muchos implicados, principalmente los sistemas que regulan la dopamina, la adrenalina, la serotonina, etc. Es una herencia poligénica y compleja porque también interactúan entre ellos, etc.

La herencia Poligénica o multifactorial, en la cual, los rasgos fenotípicos están determinados por factores genéticos en los que intervienen varios genes y que además están influenciados por factores ambientales modificando dichos rasgos, haciendo que la gama de características fenotípicas sea más amplia. López Santillán (2017)

Además del origen genético, (Díez,2 017) explica que hay una serie de factores, los denominados perinatales, que están relacionados con el embarazo, el parto y los primeros meses de vida que también pueden producir TDAH. Estos son el consumo de tabaco y alcohol durante el embarazo o la presencia de sufrimiento fetal, entre otros.

I.7.1. Factores Neurológicos

Según Hidalgo Vicario (2009) los “Factores neuronales del déficit de atención o etiología del TDAH según investigaciones sobre la etiología abarcan diversas áreas: genética conductual y molecular, factores biológicos adquiridos, la neuroanatomía, bioquímica cerebral, neurofisiología, neuropsicología y el entorno psicosocial.”

I.7.1.1. La Genética conductual

- Estudios familiares: se ha observado una mayor prevalencia de TDAH y otros trastornos psiquiátricos (depresión, ansiedad, trastorno antisocial, dependencia a drogas y alcohol) en los familiares de estos pacientes.
- En estudios de adopciones se ha visto una mayor prevalencia del TDAH en los padres biológicos frente a los adoptivos y la población normal de 18, 6 y 3%, respectivamente.
- Estudios de gemelos: hay una concordancia para los síntomas del TDAH del 55% en gemelos monocigóticos y del 33% en dicigóticos. El coeficiente de heredabilidad es del 0,65-0,91.

También menciona Hidalgo Vicario (2009) “Parece que un 70% de los TDAH se deben a factores genéticos en relación con mutaciones de varios genes (trastorno poligénico). Se ha comprobado que hay varios genes que codifican moléculas con un papel importante en la neurotransmisión cerebral que muestran variaciones alélicas² (polimorfismos³) y que influyen en el TDAH. Estos genes "defectuosos" dictarían al cerebro la manera de emplear neurotransmisores como la dopamina (DA) (encargada de inhibir o modular la actividad neuronal que interviene en las emociones y el movimiento). Así se sugiere un fallo en el desarrollo de los circuitos cerebrales en que se apoya la inhibición y el autocontrol.”

Los genes asociados con las manifestaciones del TDAH son los genes que codifican para

² Es cada una de las formas alternativas que puede tener un mismo gen que se diferencian en su secuencia y que se puede manifestar en modificaciones concretas de la función de ese gen

³ polimorfismo es una variación en la secuencia de un lugar determinado del ADN en los cromosomas

los transportadores y receptores de la dopamina (DA) y el gen del transportador de la noradrenalina (NA).

A pesar de la asociación significativa con el TDAH, las magnitudes de efecto son pequeñas por lo que la probabilidad de desarrollar TDAH posiblemente depende de varios genes y probablemente hay varias combinaciones distintas de genes (poli génico con heterogeneidad genética). El hallazgo más consistente se hallaría en las regiones del gen DRD4, DRD5 (codifican el receptor de la DA), DAT1 y DAT5 (codifican el transportador de la DA).

Hay que tener presente que muchos niños con polimorfismos genéticos no tienen un TDAH, y muchos niños con TDAH no tienen ninguno de los conocidos polimorfismos. Cuando se detecta un caso de TDAH, los hermanos así como los padres tienen alta probabilidad de sufrir o haber sufrido TDAH.

También se menciona Hidalgo Vicario(2009) “El TDAH puede adquirirse o modularse por factores biológicos adquiridos durante el periodo prenatal, perinatal y postnatal, como la exposición intrauterina al alcohol, nicotina y determinados fármacos (benzodiazepinas, anticonvulsivantes), la prematuridad o bajo peso al nacimiento, alteraciones cerebrales como encefalitis o traumatismos que afectan a la corteza prefrontal, una hipoxia, la hipoglucemia o la exposición a niveles elevados de plomo en la infancia temprana. También se ha asociado con alergias alimentarias (aditivos), aunque se necesitan más investigaciones al respecto.”

Las técnicas de imagen cerebral han permitido conocer la implicación de la corteza prefrontal y los ganglios basales (áreas encargadas de regular la atención). Se sugieren alteraciones en las redes corticales cerebrales frontales y frontoestriadas.

Estudios de Castellanos con resonancia magnética han observado en los niños con TDAH un menor tamaño en diferentes áreas cerebrales: reducción total del cerebro, cuerpo calloso, núcleo caudado y del cerebelo que va cambiando con el tiempo durante el desarrollo normal. Algunas diferencias se mantienen hasta una década, mientras que otras

desaparecen (las diferencias en el núcleo caudado desaparecen sobre los 18 años).

Estas diferencias volumétricas se manifiestan precozmente, se correlacionan con la gravedad del TDAH pero no hay relación con el tratamiento farmacológico ni con la comorbilidad.

I.7.1.2. Factores neuroquímicos

La NA y la DA son los dos neurotransmisores de mayor relevancia en la fisiopatología y tratamiento farmacológico del TDAH. Ambos están implicados en la función atencional y la DA también en la regulación motora. Se ha observado afectación de las regiones ricas en DA (región anterior o de la función ejecutiva) y de las regiones ricas en NA (región posterior de la flexibilidad cognitiva).

- El sistema atencional anterior (lóbulo frontal) está encargado de la función ejecutiva; la DA y NA son los neurotransmisores implicados. Su actividad es analizar la información y prepararse para responder. Las funciones más importantes son la inhibición motora, cognitiva y emocional (guardar turno), la planificación (uso de una agenda), y la memoria de trabajo a corto plazo (recordar un teléfono mientras lo marcamos).
- El sistema atencional posterior (lóbulo parietal y cerebelo) encargado de la flexibilidad cognitiva; la NA es el neurotransmisor implicado. Su actividad es elegir la información más significativa, evitar lo que no sirve y fijar la atención en nuevos estímulos.

I.7.1.3 Factores neurofisiológicos

En los pacientes con TDAH se han observado alteraciones de la actividad cerebral como: reducción del metabolismo/flujo sanguíneo en el lóbulo frontal, córtex parietal, striatum y cerebelo; aumento del flujo sanguíneo y actividad eléctrica en la córtex sensorimotora; activación de otras redes neuronales y déficit en la focalización neuronal.

Así concluimos con los factores biológicos y genéticos del TDAH es importante mencionar

que estos factores solo hacen al individuo que presenta estas pautas sea más propenso a presentar el Trastorno mas no es un factor determinante, somos un todo y esto es que si es cierto que nuestra genética es importante pero también nuestro entorno, educación y cognición. Por lo que a continuación hablamos de los factores psicosociales.

I.7.2. Factores psicosociales

Los factores psicosociales pueden influir y modular las manifestaciones del TDAH. La severidad y expresión de los síntomas puede verse afectado a través de la interacción gen-ambiente (ciertos factores ambientales pueden tener distinto impacto en individuos que tienen un gen en particular, frente a personas que no lo tienen).

Estos factores son: inestabilidad familiar, problemas con amigos, trastornos psiquiátricos en los padres, paternidad y crianza inadecuada, relaciones negativas padres-hijos, niños que viven en instituciones con ruptura de vínculos, adopciones y bajo nivel socioeconómico (aunque esto último no está claro si es un factor en sí, o está mediado por las peores condiciones prenatales y perinatales, y otros factores de confusión).

La dopamina juega un papel fundamental en el funcionamiento cognitivo, en la regulación de la conducta, en los procesos del aprendizaje, las sensaciones de placer y en los actos de motivación y recompensa.

Los estudios e investigaciones acerca del TDAH relacionan este trastorno con un desajuste de este neurotransmisor a nivel cerebral el cual sería el responsable de la mala ejecución cognitiva y ejecutiva y del mal funcionamiento de ciertas áreas del cerebro del niño/a con TDAH.

También se ha relacionado el TDAH con una disfunción en los ganglios basales y el núcleo estriado, y especialmente una hipofunción, es decir, una disminución de la actividad, en la corteza cerebral prefrontal que es la encargada del funcionamiento ejecutivo.

Los tratamientos farmacológicos como es uso de psicoestimulantes (metilfenidato, atomoxetina, etc.) están especialmente diseñados para corregir estos problemas a nivel neuroquímico y restaurar el funcionamiento de los neurotransmisores en el cerebro.

En la III Jornadas Leonesas sobre TDAH (2017) se habló sobre Neurobiología del TDAH: Neuropsicología y Funciones ejecutivas

Desde la neuropsicología, la manifestación del TDAH interfiere con las funciones ejecutivas del niño, es decir, las funciones cognitivas superiores que integran, dirigen y supervisan el resto de las funciones cognitivas del cerebro (memoria, atención, percepción, etc.)

Estos déficits en el funcionamiento ejecutivo se manifiesta en las siguientes acciones y áreas:

- Atención Sostenida: falta de persistencia, disminución del rendimiento
- Inhibición de interferencias: distracción, fragmentación, desorganización de la conducta
- Planificación: impulsividad, comportamiento errático
- Supervisión y control de la conducta: desinhibición, escasa corrección de errores
- Flexibilidad cognitiva: perseveración, rigidez, fracaso ante tareas novedosas
- Memoria de trabajo: razonamiento, comprensión del lenguaje.

Es importante observar el área gen ambiente como se menciona puesto que son áreas determinantes para el desarrollo y educación del individuo pero también hay otro factor que nos ayuda y es la alimentación.

I.8. IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN EL TDAH

Es importante hablar también de una buena alimentación y dieta en niños y personas adultos que tienen este trastorno puesto que también ayuda a regular partes neurológicas

apoyando al tratamiento farmacéutico. Se habla también en II Jornadas Leonesas sobre TDAH (2013) “que el omega-3 aumenta la dopamina, y si aumenta la dopamina, es bueno para el TDAH.

Estudios recientes han demostrado que los ácidos grasos omega-3 (grasas saludables) que podemos encontrar especialmente en el pescado azul y los vegetales de hojas verdes, son beneficiosos para las personas con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, o TDAH, debido a que la ingesta de estos alimentos, o la administración de suplementos de omega-3 aumenta la cantidad de dopamina en el cerebro, y por tanto mejora la regulación neuroquímica en estos niños. Estos ácidos grasos que se obtienen de forma natural a través de la alimentación, son fundamentales para el buen funcionamiento cerebral, y en el caso de los afectados por TDAH para corregir aquellas disfunciones neurobiológicas propias del trastorno.”

Torres Herruzo (2017) menciona “Según un estudio de la Universidad de Yale, los niños con TDAH, en particular los niños hiperactivos, si ingieren un atracón de azúcar experimentan una rápida elevación de adrenalina que causa hiperactividad, por lo que hay que evitar la ingesta de bebidas carbonatadas y zumos no naturales y de bollería industrial.

- Enriquecer la dieta en ácidos grasos omega 3 y omega 6, que son muy beneficiosos para el cerebro y tienen que ser tomados externamente ya que el cuerpo no los fabrica. Estos componentes se encuentran en alimentos como las sardinas, el salmón, atún, nueces, calabaza.
- Introducir alimentos ricos en triptófano, que es un aminoácido precursor de la serotonina, la llamada sustancia química del sueño. Por ejemplo, pollo, leche, nueces o semillas de ajonjolí (sésamo).
- Tomar alimentos ricos en zinc y vitamina B6, necesarios para sintetizar la serotonina junto al triptófano. Por ejemplo, paté, higos, mariscos, cereales, carnes rojas, pollo.
- Evitar el uso frecuente de estimulantes como bebidas con cafeína y teína, el chocolate,

etc.

- Practicar ejercicio físico de manera frecuente.
- Hidratarse correctamente. La mejor bebida es el agua, seguida de la leche y los zumos de fruta 100% naturales. Se recomienda una media de litro y medio o dos litros al día, aumentando su consumo en verano.
- No se puede obligar a un niño a comer un tipo determinado de comida si los adultos no la comen. Hay que acompañar a los niños y hacerles partícipes de todo el proceso, incluyendo la compra y la elaboración.
- Por último, mantener una dieta equilibrada.

La importancia de la alimentación en el TDAH puesto que si bien es cierto una buena alimentación en todos los seres humanos independientemente de sus dificultades o complicaciones que pudieran presentar nos ayudan a un desarrollo físico y mental, a continuación se habla de los alimentos perjudiciales.

I.8.1. Alimentos perjudiciales

Evita los aditivos, colorantes y aquellos alimentos con pesticidas, que pueden afectar a la concentración del pequeño y aumentar la hiperactividad en algunos niños.

Cobra gran importancia limitar los alimentos procesados, ya que están llenos de conservantes y colorantes artificiales, que pueden afectar negativamente a un niño con TDAH; también evita las grasas hidrogenadas, transgénicos, fritos o carnes procesadas, los cuales deben de ser eliminados.

Debes de eliminar de la dieta, los alimentos que contienen azúcar moreno, jarabe de maíz, glucosa, dextrosa, fructosa y galactosa, y los edulcorantes artificiales como el aspartamo.

Muchos niños con este trastorno presentan sensibilidad al gluten, por lo que debes de evitar los alimentos realizados a base de trigo, cebada, centeno y avena, o que presentan trazas de los mismos.

Cabe destacar que la paciente se le debe de crear hábitos en alimentación puesto que en su caso es muy selectiva con estos un ejemplo de ello es el consumo de sopa, jitomate, fresa, manzana y pan. Por lo que se observa que el gusto es muy limitado se ha intentado que coma más tipos de frutas, verduras y agua simple pero lo rechaza.

En este ámbito se le invita a la madre buscar alternativas si bien que vaya con profesionales como nutriólogo y pediatra para ellos le recomienden o receten algún suplemento alimenticio que cubra con las necesidades de la menor. La alimentación es tan importante para tener a un niño con un desarrollo óptimo y esto a su vez favorecer su crecimiento y aprendizaje.

I.9. LA CREATIVIDAD EN EL TDAH

La creatividad se define como “facultad de crear, capacidad de creación” “Disposición a crear que existe en estado potencial en todo individuo y a todas las edades”. (Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española,2017). Es la capacidad de generar nuevas ideas o conceptos, de nuevas asociaciones entre ideas y conceptos conocidos, que habitualmente producen soluciones originales.

Esquivias María Teresa (2017) menciona que es el proceso creativo es una de las potencialidades más elevadas y complejas de los seres humanos, éste implica habilidades del pensamiento que permiten integrar los procesos cognitivos menos complicados, hasta los conocidos como superiores para el logro de una idea o pensamiento nuevo.

Otro autor que habla de Creatividad es Howard Gardner el considera que la creatividad es un fenómeno multidisciplinario. Esta afirmación se basa en que la creatividad es un fenómeno polisémico y multifuncional aunque Gardner reconoce que a causa de su propia formación parece inevitable que en su estudio de la creatividad, ponga el mayor énfasis en los factores personales y haga uso de las perspectivas biológica, epistemológica y sociológica para hacer un abordaje de conjunto. Se tiene tres elementos centrales cuyos puntos son:

- Individuo: El citado autor diferencia el mundo del niño dotado -pero aún sin formar- y la esfera del ser adulto, ya seguro de sí mismo. Le confiere importancia a la sensibilidad para con los modos en que el creador hace uso de la cosmovisión de niño pequeño.
- Trabajo: Alude a los campos o disciplinas en que cada creador trabaja; los sistemas simbólicos que usa habitualmente, revisa, o inventa otros nuevos.
- Las otras personas: Considera también la relación entre el individuo y otras personas de su mundo. Aunque algunos creadores, se cree que trabajan en aislamiento, siempre la presencia de otras personas es fundamental; estudia la familia y los profesores, en el período de formación, así como los que han apoyado o han rivalizado en los momentos de avance creativo.

En su libro *“Mentes creativas”* (Gardner 1995) aborda, como un científico social, la vida y obra de siete "maestros creativos modernos". Cada uno de los elegidos representa a uno de los tipos de inteligencia por él presentadas. Gardner afirma que las soluciones creativas a los problemas se dan con mayor frecuencia si los individuos se dedican a una actividad por puro placer que cuando lo hacen por recompensas o por exigencias exteriores. El saber que uno será juzgado como creativo, limita las posibilidades creativas.

Segùn Valqui Vidal, La creatividad en un individuo tiene tres componentes: experiencia, habilidades de pensamiento creativo y motivación. La experiencia es, en pocas palabras, conocimiento en alguna de sus formas: técnico, procesal e intelectual. El conocimiento puede adquirirse tanto teórica como prácticamente. Aprender a aprender es una importante herramienta para convertirse en experto en la sociedad moderna. Las habilidades vinculadas con el pensamiento creativo determinan el grado de flexibilidad e imaginación con el cual la persona aborda problemas y tareas.

Las personas pueden aprender a ser más creativas y pueden aprender a utilizar diversas

herramientas creativas para resolver problemas. La motivación es el último de los componentes citados. Una pasión y un deseo internos para resolver el problema en cuestión producirán soluciones mucho más creativas que si se ofrecieran recompensas externas, tales como el dinero. Este componente, habitualmente denominado motivación intrínseca, es uno de los que pueden recibir inmediatamente la influencia del entorno de trabajo. La creatividad individual es ahogada mucho más frecuentemente que impulsada.

Las habilidades de la creatividad son fluidez, flexibilidad, originalidad y elaboración. En este artículo presentamos algunas herramientas, precisamente aquellas más conocidas. El lector puede consultar otras herramientas en las páginas electrónicas citadas al final del texto. Fluidez es la producción de múltiples problemas, ideas, alternativas o soluciones. Se demuestra que cuantas más ideas producimos, más probable resulta encontrar una idea o solución útil. La fluidez es una habilidad particularmente importante en el proceso creativo de solución de problemas. Disponer de muy pocas alternativas no es bueno en la solución de problemas.

Existen múltiples instrumentos para producir ideas, alternativas y soluciones. Varios investigadores han puesto de relieve que el entrenamiento y la práctica con dichos instrumentos incrementan la fluidez.

En los niños que tienen este trastorno es importante estimular su motivación para que se genere la creatividad. (Gomez Diaz , 2017)

Las primeras aproximaciones al estudio de la motivación humana se basaban en términos como activación, instinto, impulso, energización; la necesidad de las primeras aproximaciones al estudio de la motivación humana se basaban en términos como activación, instinto, impulso, energización; la necesidad de explicar por qué un individuo comenzaba, continuaba o terminaba una tarea, o sea, aquello que motiva o “empuja” a un sujeto a llevar a cabo determinadas acciones, su motivación (Douglas, 1972).

Es importante diferenciar entre motivación extrínseca e intrínseca en el sujeto. La primera, vendrá determinada por refuerzos externos o recompensas que variarán su significación

según los valores de cada persona. En cambio, la motivación intrínseca está impulsada por ganas e interés propio por involucrarse en una tarea por el simple hecho de participar, con tendencias hacia el aprendizaje y la creatividad. La motivación intrínseca es muy importante para el desarrollo cognitivo y social del niño; y además, según Romero Ayuso (2006), este correcto desarrollo motivacional es la principal fuente de exploración y curiosidad a lo largo de la vida.

Otros autores que hablan de creatividad (Lownfield,2017, pág. 16), se centró en investigaciones que implican actividades pictórico-plásticas, para lo cual retomó las categorías de Guilford y propone cuatro tipos de factores:

1. sensibilidad para los problemas,
2. variabilidad,
3. movilidad
4. originalidad

Así como cuatro capacidades personales:

1. redefinición de los problemas
2. análisis
3. síntesis
4. coherencia de la organización.

Se menciona que los niños creativos son más adaptables, asimismo, cambian constantemente los materiales con los que realizan una tarea. Flanagan en 1958, utilizaba los términos de genialidad o inventiva para señalar la forma superior del pensamiento de tipo creativo.

En cuanto a las dimensiones de la creatividad Taylor 1959, (Ulmann, 1972), profundiza en ellas, determinando estas dimensiones en niveles de profundidad: nivel expresivo, productivo, de originalidad, renovador y supremo; así sitúa a la creatividad como la máxima capacidad inteligente.

Según Molina, Osses, Riquelme, Sepúlveda y Urrutia (2010) los 5 rasgos característicos de las emociones en los niños son los siguientes:

- Emociones intensas: da igual la magnitud de las experiencias vividas por los niños

pues responderán con la misma intensidad ante todas.

- Aparición con frecuencia: las emociones son frecuentes en los niños y con el paso del tiempo van aprendiendo que sus explosiones emocionales provocan determinadas reacciones en los adultos, ya sea de aprobación o de castigo.
- Transitoriedad: son capaces de pasar rápidamente del llanto a las risas, de los celos al cariño...
- Reflejo de individualización: al nacer, las reacciones suelen ser similares en todos los niños, pero según van creciendo empiezan a reflejar la influencia de los aprendizajes en ellos.
- Cambio en la intensidad: según pasa el tiempo, existen emociones que se debilitan y otras, en cambio, que se fortalecen.
- Detectables a través de síntomas conductuales: a veces las emociones no se expresan de forma directa, pero son identificables por la inquietud que transmitan, el llanto, dificultades de aprendizaje.

Cuando se trabaja la creatividad en los niños hay que ocupar diversas metodologías buscando la que más se adapte al puesto que ellos reaccionan a diversos factores de adaptación:

Algunas estrategias que se recomiendan para estimular la motivación se presentan algunas estrategias didácticas para regular la motivación y las emociones en estos niños. Una de estas demandas es el interés por el aprendizaje, en el que el problema del niño es la poca o nula motivación intrínseca. Para ello, se proponen algunas estrategias didácticas, tales como (Angrino, Panesso y Valencia, 2010):

1. Promover la participación del niño en el aula (ayudante de la instrucción, escribir palabras claves en la pizarra, recoger cuadernos, borrar la pizarra, realizar juegos de roles, etc.).
2. Explicitar los objetivos de aprendizaje de cada actividad.
3. Relacionar los contenidos con los intereses del alumno.
3. Proponer metas a corto plazo.

4. Modificar frecuentemente las características de la tarea.
5. Proponer actividades que garanticen el éxito, evitando la frustración y el abandono.
6. Utilizar programas de economía de fichas y/o contratos de contingencia.

Como docente o terapeuta es importante trabajar en el paciente y alumno el ámbito creativo para actividades en clase sino que también se ayuda que se genere el área de solución de problemas no solo en el aula sino en la vida diaria. Se explica a continuación como se trabaja la creatividad en niños con el Trastorno de Déficit de atención.

I.9.1. Creatividad y trastorno de déficit de atención con hiperactividad

Otro pionero considerado como uno de los principales exponentes del tema es Guilford, quien a mediados del siglo XX propone el término de creatividad y postula que ésta y la inteligencia no son lo mismo, señalando que ambas son habilidades homólogas pero diferentes. Para este teórico la 'creatividad', es entendida como una forma distinta de inteligencia, así, Guilford la denomina: 'pensamiento divergente' en contraposición al 'pensamiento convergente', que tradicionalmente se media en las pruebas (test) más comunes de inteligencia (Espíndola 1996). Marcó la distinción entre el pensamiento convergente y divergente.

Desde ese momento, la creatividad se ha considerado como un elemento esencial en cualquier estudio formal referido al intelecto humano. Lownfield, se centró en investigaciones que implican actividades pictórico-plásticas, para lo cual retomó las categorías de Guilford y propone cuatro tipos de factores: 1) sensibilidad para los problemas, 2) variabilidad, 3) movilidad y 4) originalidad,

Así como cuatro capacidades personales: 1) redefinición de los problemas, 2) análisis, 3) síntesis y 4) coherencia de la organización. Menciona que los niños creativos son más adaptables, asimismo, cambian constantemente los materiales con los que realizan una tarea. (Esquivias 2004).

Se tomara en cuenta estas dos áreas de pensamiento adaptado a la creatividad:(Henry

Huxly,2009) Cuando hablamos de creatividad, tenemos que tener en cuenta dos tipos de pensamiento. Esta clasificación del pensamiento fue llevada a cabo por Guilford: El pensamiento creativo se puede dividir en: convergente y divergente.

El pensamiento convergente se mueve en una única dirección buscando una respuesta determinada o convencional. Por tanto, encuentra una única solución a los problemas que, por lo general suelen ser conocidos. También se puede llamar pensamiento lógico, convencional, racional o vertical.

El pensamiento divergente en cambio se mueve en varias direcciones en busca de la mejor solución para resolver problemas a los que siempre enfrenta como nuevos. Contra estos problemas no tiene patrones de resolución, pudiéndose así dar una gran cantidad de resoluciones posibles más que una única correcta. Ese tipo de pensamiento tiende más al concepto de creatividad y fue llamado por De Bono pensamiento lateral.

Al tener en cuenta estas áreas de la creatividad es importante adaptar a las necesidades y al potencial de cada niño sea cual sea sus dificultades, en concreto se aplicara a la menor que es objeto de estudio puesto que es una niña con alto nivel de creatividad pero no ocupa de una manera adecuada, tomando en cuenta que tiene TDAH las siguientes son algunas fortalezas que suelen tener estos niños que enfrentan esta problemática:

- Al tener una gran energía y actividad, muchos sobresalen en deporte y actividades físicas.
- Pueden llevar a cabo varias actividades en un mismo día, siempre y cuando les motiven u otras personas les motiven.
- En ocasiones se fatigan menos realizando las mismas actividades que otros niños de su misma edad.
- Siempre suelen estar haciendo algo porque no toleran el aburrimiento.
- Utilizan constantemente la imaginación para resolver problemas.
- Muchos niños con TDAH presentan un nivel alto de imaginación y fantasía. Al pasar su

pensamiento de un estímulo a otro y su alto grado de fantasía, puede que realicen conexiones entre temas que a otros no se les ocurre relacionar.

- En ocasiones presentan una tormenta de ideas constante de manera espontánea y natural sobre algunos temas que le gustan mucho.
- Suelen tener facilidad para desarrollar actividades creativas.

Estos niños en el área creativa son:

- ✓ Utilizan constantemente la imaginación para resolver problemas.
- ✓ Muchos niños con TDAH presentan un nivel alto de imaginación y fantasía. Al pasar su pensamiento de un estímulo a otro y su alto grado de fantasía, puede que realicen conexiones entre temas que a otros no se les ocurre relacionar.
- ✓ En ocasiones presentan una tormenta de ideas constante de manera espontánea y natural sobre algunos temas que le gustan mucho.
- ✓ Suelen tener facilidad para desarrollar actividades creativas.

La asociación entre TDH y creatividad se ha relacionado con la capacidad de la corteza pre frontal, estructura que permite realizar las funciones ejecutivas, funciones cognitivas como la anticipación y el establecimiento de metas, el diseño de planes y programas, el inicio de las actividades de las operaciones mentales, la autorregulación y la monitorización de las tareas, la selección precisa de los comportamientos y las conductas.

Modos para lograr la atención.

- Encender y apagar las luces.

- Variar el tono de voz alta y baja.
- Cuando el maestro o el padre den una indicación.
- Elevar la voz diciendo: “escucha” “listo” o “basta”.
- Es muy importante que haga contacto visual; siempre busque la mirada cuando se le dé una indicación o instrucción.
- Es muy importante que se dé técnicas de relajación, imaginación y ejercicios para tranquilizarla.

Ejercicios de psicomotricidad

- Gatear para trabajar la psicomotricidad gruesa, se puede mencionar a la niña que se imagine algún animal en cuatro patas y que lo represente.
- Rodarse.
- Brincar.
- Caminar en círculo, triángulo o cuadrado.
- Realizar con brazos y piernas círculos de derecha a izquierda y viceversa.
- Hacer figuras con el cuerpo cómo un árbol, una pelota o un avión, de tal manera que ocupe su imaginación y creatividad utilizando su cuerpo.
- Figuras con la mano ocupando solo los dedos, acostando a la niña boca arriba en un lugar plano donde suba sus brazos y se pida que dibuje en el aire objetos.
- Dibujar en el aire letras y números.

Trabajo en escritorio:

Es importante preparar a la niña siempre para los periodos de trabajo estático independiente.

- Las actividades deberán explicarse claramente y se debe de escribir la explicación clara donde mencione como se realizara la actividad dada.
- Aclare y estructure las tareas las veces que sean necesarias.
- Escribe un listado de lo que hay que hacer donde el niño tache las tareas que va terminando.

- De un tiempo razonable para cada tarea que realice la niña.
- Si la tarea es difícil abréviela o cámbiela según sea necesario.
- Aclare dudas en cuestión de las tareas.
- Ocupe áreas silenciosas y sin distracciones.

Otra de las demandas escolares es el autocontrol emocional, en la que el problema del niño con TDAH es el insuficiente control de las emociones. Las estrategias didácticas que se proponen son (Klimenko, 2011):

1. El entrenamiento en habilidades sociales.
2. Proponer tareas que se ajusten a sus intereses.
3. Proponer tareas que desarrollen su responsabilidad.
4. Brindar feedback sobre sus emociones para que reflexione sobre sí mismo y sus conductas consecuentes.
5. distracciones y abandono para las tareas asignadas.

Se concluye que un niño con TDAH debe de trabajar el área creativa puesto que esto le ayuda a dar orden, atención, constancia a la adquisición de aprendizajes también se ayuda a la motivación enfocándose en sus gustos, así como en sus debilidades y fortalezas. Como ya se había mencionado anteriormente es importante que trabaje motricidad conjuntamente con la creatividad por este motivo se toma en cuenta lateralidad para reforzar el ámbito cognitivo en los hemisferios del cerebro para fortalecer sus áreas.

I.10. LATERALIDAD EN TDAH

La definición de lateralidad (Lopez, 2017) es la predilección que nace de manera espontánea en un ser vivo para utilizar con mayor frecuencia los órganos que se

encuentra en el lado derecho o lado izquierdo del cuerpo. En el caso de los seres humanos, son más los diestros que de zurdos (privilegia el lado izquierdo).

La lateralidad se define a partir de los 4-5 años, después de un buen desarrollo pre-lateral, a esta edad podemos y debemos evaluar la lateralidad, con el claro objetivo de prevenir cruzamientos. En caso de ya existir lateralidad cruzada o lateralidad contrariada se debe actuar y resolver lo más pronto posible.

Según García (2007) “La investigación sobre la lateralidad cerebral ha tenido particular relevancia en el estudio de las funciones referidas al lenguaje, pudiéndose constatar que los dos hemisferios son funcional y anatómicamente asimétricos. Como resultados de tales estudios parece deducirse que el hemisferio de derecho se caracteriza por un tratamiento global y sintético de la información, mientras que el hemisferio izquierdo lo hace de modo secuencial y analítico. Estos estudios sitúan la lateralidad corporal, la mayor habilidad de una mano sobre la otra, en el marco de las asimetrías funcionales del cerebro.” (García, 2017)

García menciona que “La lateralidad corporal permite la organización de las referencias espaciales, orientando al propio cuerpo en el espacio y a los objetos con respecto al propio cuerpo. Facilita por tanto los procesos de integración perceptiva y la construcción del esquema corporal.”

La lateralidad se va desarrollando siguiendo un proceso que pasa por tres fases:

1. Fase de identificación, de diferenciación clara (0-2 años)
2. Fase de alternancia, de definición por contraste de rendimientos (2-4 años).
3. Fase de automatización, de preferencia instrumental (4-7 años).

Menciona Gutiérrez del Arroyo “Como otros órganos del cuerpo compuestos por “pares”, el cerebro cuenta con dos hemisferios: el *hemisferio izquierdo* (asociado tradicionalmente al procesamiento verbal y lógico de la información) y el *derecho* (procesamiento global,

intuitivo, creativo, espacial). Ambos hemisferios están conectados, pero sabemos que la información sensible y motora es recibida y procesada por el hemisferio contralateral (salvo en el caso de la visión y el oído, cuya información llega simultáneamente a los dos hemisferios).

La lateralidad es la distribución que se establece entre los dos hemisferios cerebrales, y su definición depende de que el niño vaya utilizando preferentemente uno sobre el otro (a partir de los 4-5 años, aunque seguirá en construcción durante un tiempo).”

A través de ejercicios tales como lanzar una pelota, abrir una puerta, enrollar un ovillo, saltar a la pata coja, chutar un balón, mirar por un caleidoscopio, escuchar un reloj, podremos conocer la predominancia de la mano, pie, ojo y oído. Si todos coinciden, es una lateralidad homogénea.

Pero si el niño presenta una lateralidad diferente para manos, pies, etc. estaremos ante una lateralidad cruzada (o *asimetría funcional*).

La lateralidad cruzada mano-ojo ha sido muy estudiada, ya que aunque no puede establecerse una relación causa-efecto, sí puede ser un factor de riesgo en problemas de lectura y escritura. En este aprendizaje formal, el niño va a encontrarse manejando símbolos (letras y números) donde las coordenadas espaciales y temporales que utilizan son relevantes para su comprensión: La posición de una letra dentro de una palabra o de un número en una cifra más larga, etc. Si no tiene esa capacidad adquirida de manera natural, le resultará más difícil manejar estos nuevos códigos.

Síntomas que encontramos en el niño de Primaria con lateralidad cruzada: Lectura lenta y dificultad de ritmo, inversión en la escritura de números y letras, mayor comprensión en tareas verbales que escritas, torpeza psicomotriz y lentitud de reacción.

La dominancia lateral acentuación en la estructura y función de los órganos duplicados aparece con más claridad en la mano, pies, ojos y oídos; dominancia de un lado. En la dominancia de la lateralidad no hay hemisferio dominante y otro dominado; un hemisferio actúa como referencial de determinadas funciones pero siempre intervienen los dos

hemisferios.

Es importante la lateralidad porque nos permite la organización de la referencia en orientación espacial de eje, facilita el desarrollo de la percepción, favorece la integración de los procesos secuenciales, complejos y abstractos. Hay dos tipos de lateralidad:

1. Morfológica: que se expresa en movimiento involuntario y textual.
2. Funcional: se expresa la sensorialidad, vista y oído y la habilidad motriz dominante adquirida por uno u otro miembro.

Se menciona que la lateralidad también se divide en diestro que utiliza la parte derecha y zurdo que la dominancia es la parte izquierda, cuando las personas donde el lado izquierdo es el dominante pero por una influencia social tienen una falsa dominación es una zurdería contraria.

Ambidestriismo es cuando se utiliza indistintamente los lados del cuerpo para realizar actividades.

Cuando se habla de lateralidad cruzada existe un cruce lateral cuando se utiliza distintos miembros de un lado y del otro para realizar acciones por ejemplo mano derecha ojo izquierdo.

Lateralidad si definir es cuando se utiliza un lado del cuerpo u otro sin la aplicación de una parte definida o estable puede ocupar ojo derecho y luego ojo izquierdo sin definir, mano derecha y luego cambiar a mano izquierda y no define.

Es importante mencionar que la mayor parte de personas con Trastorno de Déficit de atención tiene un cruce en su lateralidad esto no permite que la información entrante salga de una manera correcta o no se codifique de una manera eficaz (López, 2017) menciona “la lateralidad, es la preferencia que muestran la mayoría de los seres humanos por un lado de su propio cuerpo. Los niños deben construir bien la lateralidad para tener un punto referencial espacio.

Por último se hablara de inclusión educativa en el TDAH puesto que los niños que tienen este trastorno se les debe de hacer una adaptación curricular en el aula esto es que se adapte los contenidos vistos en clase para ayudar a un mejor aprendizaje, así como adquisición y reforzamiento de hábitos.

I.11. INCLUSION EDUCATIVA PARA EL TDAH

Según la UNESCO define la educación inclusiva en su documento conceptual " La inclusión se ve como el proceso de identificar y responder a la diversidad de las necesidades de todos los estudiantes a través de la mayor participación en el aprendizaje, las culturas y las comunidades, y reduciendo la exclusión en la educación. Involucra cambios y modificaciones en contenidos, aproximaciones, estructuras y estrategias, con una visión común que incluye a todos los niño/as del rango de edad apropiado y la convicción de que es la responsabilidad del sistema regular, educar a todos los niño/as" Por lo que es importante desarrollar una adaptación curricular en los diferentes casos que presentan este trastorno.

Puesto que la Educación Inclusiva requiere de cambios en la aproximación a las diversas características de los estudiantes y en las prácticas educativas, pero ante todo en repensar actitudes fundamentales acerca de la educación y de la educación de aquellos estudiantes que han sido excluidos o marginados por diversas causas.

De tal manera también es muy importante mencionar un factor importante en el desarrollo de los niños para una buena percepción y procesos secuenciales complejos.

La Inclusión es importante para que el alumno con TDAH no se sienta aislado o en casos más complejos presente deserción escolar, la inclusión también apoya al docente a cargo para que a su vez ayude al alumno a que mejore en el ámbito académico.

El TDAH es un trastorno con muchos enfoques tanto social, biológico, escolar y clínico, es uno de los trastornos psiquiátricos infantiles más frecuentes, situándose por encima de otros, como la esquizofrenia o el trastorno bipolar.

Se explicó cada área para que se comprenda el caso que posteriormente hablaremos.

II. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO DE CASO

En este estudio se analizará el caso de una menor de seis años que presenta déficit de atención con hiperactividad, nació de ocho meses, actualmente pesa diecinueve kilos y mide 1.20 de estatura, tuvo sufrimiento fetal por lo que estuvo en la incubadora ocho horas, en Apgar obtuvo una calificación de 8.8, empezó a caminar al año y medio de edad, dejó el pañal a los dos años y medio, la mamila a los dos años. Durante el embarazo tuvo amenaza de aborto al mes de gestación y en el aspecto emocional la mamá presentó algunas complicaciones como ansiedad y depresión.

La madre de la niña presenta el mismo trastorno por lo que se ha llevado un seguimiento en las dos partes, en la menor se ha trabajado terapias enfocadas a la atención, psicomotricidad, inteligencia emocional, control de impulsos.

La mamá tiene actualmente treinta y nueve años, ella menciona que en su infancia no se podía estar quieta, le daba mucha ansiedad situaciones en casa como la falta de atención por parte de sus padres y por este motivo generó agresión en contra de su mamá, no podía poner atención en clase y tuvo un rezago educativo como consecuencia de esto su nivel de estudios es hasta bachillerato. Laboró para una televisora teniendo un cargo de asistente de producción, por lo que ella ha comentado le gustaba este trabajo porque estaba siempre en movimiento y sus horarios eran extensos llegando a laborar hasta doce horas continuas. Sus relaciones de pareja tuvieron como característica que fueron inconstantes.

Sus emociones siempre han sido muy marcadas puesto que cuando siente ira la vive

intensamente y no conoce un punto medio así como la parte de felicidad o emoción.

La menor se ha observado que presenta baja tolerancia a la frustración, le cuesta trabajo obedecer reglas así como mantenerse quieta por un periodo corto de tiempo.

Según el DSM-5 es importante especificar que la niña tiene una presentación combinada, es decir, se cumple inatención e hiperactividad con impulsividad durante los seis meses y tiene una gravedad actual de moderado a grave puesto que presenta síntomas de deterioros funcionales presentes, que producen deterioro notable del funcionamiento social.

II.1. HISTORIA CLÍNICA

El motivo de las consultas que se le imparten a la menor es porque a su mamá le preocupaban algunas actitudes anormales que presenta, por ejemplo: poco control de impulsos, tiempo reducido en atención y cuando se le daba una orden se le tenía que estar repitiendo en varias ocasiones dicha orden, da la impresión de no escuchar cuando se le habla directamente, no sigue instrucciones, evita actividades que necesiten un esfuerzo tales como adquirir nuevos conocimientos, es olvidadiza y se distrae con estímulos irrelevantes.

En la cuestión del lenguaje comenzó a decir sus primeras palabras a los dos años y medio. En cuanto a sus hábitos alimenticios, la menor consume sopa de verduras, frutas como el plátano y manzana verde, también ingiere todo tipo de pan, toma agua simple y la madre no la ha acostumbrado a consumir dulces.

Sus horas de sueño van de ocho a doce horas diarias y hay ocasiones en la que le cuesta mucho trabajo conciliar el sueño, duerme con la madre.

La edad en la que comenzó a asistir a la escuela fue a los cuatro años, no asistió previamente a ninguna guardería y su aprovechamiento escolar fue poco satisfactorio hasta el cambio de escuela con sistema Montessori.

Vive con la madre y hermana mayor de 17 años nunca han vivido en el mismo lugar por

más de 3 años, tiene una vida inconstante.

En este momento la menor cursa primer año de primaria y posiblemente repita año puesto que las maestras observan que aún le hace falta adquirir algunos conocimientos de importancia a la menor.

II.1.1. RECOMENDACIONES

A continuación se le da recomendaciones a la madre de la paciente para el mejor trabajo terapéutico y tenga un seguimiento en casa:

- **Recomendaciones para la madre:**

En cuanto a la madre se refiere se necesita tener estrategias que ayuden a que su hija aprenda a regularse y auto controlarse por ese motivo nos debemos de concentrar en trabajar (Gallego,2017):

- **Estructuración del ambiente:** hábitos, rutinas, organización, planificación, horarios, órdenes, normas.
- **Externalización de la información:** carteles, fotos, dibujos, relojes, contadores, señales acústicas.
- **Internalización de los procesos:** guía externa de la conducta, pensar en voz alta, repetirse la orden, modelado cognitivo, auto instrucciones trabajar con la imaginación (el pasado y el futuro).

Es importante que la niña trabaje y estimule su atención y lo puede realizar mediante juegos y deberes en casa para que también ayude a la responsabilidad y a la mejor convivencia con su familia:

1. Realizar rompecabezas
2. Realizar juegos como buscando a Wallie

3. Lecturas de cuentos en voz alta y representar escenas.
4. Separar elementos como canicas de distintos colores.
5. Hacer laberintos
6. Hacer dibujos de tal manera que no tengan espacios en blanco.

- **Recomendaciones para el aula**

Las recomendaciones que se dan a continuación a la docente a cargo del salón de clase donde se encuentra cursando primer año la paciente, estas recomendaciones son para que cuenten con más recursos pedagógicos y didácticos.

- Un ambiente estructurado (Gallego,2017): Los alumnos con TDAH aprenden con más facilidad cuando la lección está cuidadosamente estructurada debido a la dificultad que tienen para organizar antes de actuar. En muchas ocasiones pueden no recibir las instrucciones completas aunque lo parezca, por lo que te recomendamos poner en práctica lo siguiente:
- Adelanta la organización: Prepara a los alumnos para las lecciones y actividades que se van a llevar a cabo, explicando el orden en el que se va a desarrollar cada elemento a lo largo del día.
- -Revisa lecciones anteriores: Revisa los contenidos de la lección que se vieron por última vez, haciendo hincapié en los temas que más dificultades causaron y respondiendo de nuevo a algunas de las preguntas que surgieron durante esa clase.
- -Proporciona materiales de apoyo: Esto es realmente útil para apoyarles a la hora de realizar deberes y también para que puedan profundizar en lo que se ha estudiado.
- -Simplifica las instrucciones: Cuanto más sencillas y cortas sean las instrucciones y las tareas que se le den a los niños con TDAH más probabilidades hay de que completen lo que se les ha pedido y hagan una gestión efectiva del tiempo.
- -Avisar sobre las novedades: Si hay cualquier cambio en el horario de clases o alguna variación en la rutina debes resaltarlos varias veces y asegurarte de que se han enterado.

- -Horarios visibles: Habilitar en el aula un espacio para colocar el horario semanal y permitir que lo consulten siempre que sea necesario.
- -Listado de errores frecuentes: Entrégale al alumno con TDAH un folio donde por asignatura anotéis los errores que suele cometer, para que a la hora de hacer deberes, por ejemplo, pueda revisarlos y no los cometa de nuevo.
- -Listado de materiales para hacer los deberes: Esto le ayudará a organizarse y le facilitará el poder revisar que tiene las cosas necesarias para realizar todas las tareas.
- -Cuadernos de colores: Organiza con el alumno con TDAH el material de cada asignatura a principio de curso. Establece un cuaderno para cada asignatura o una pegatina de color en cada cuaderno, que le ayude a organizarse mejor.
- -Fechas de entrega y exámenes: Es muy útil reservar siempre un mismo espacio en la pizarra para anotar las fechas de entrega de tareas o de exámenes, dando tiempo para que ellos lo anoten también.
- Un ambiente predecible (Gallego,2017): Es importante tener en cuenta que para un estudiante con TDAH el cambio de una asignatura, tarea o clase a otra resulta especialmente complicado, por lo que cuanto más predecible sea lo siguiente, más facilidad tendrá para adaptarse.
- -Se predecible: La estructura y estabilidad son elementos muy importantes para los niños con TDAH, muchos de ellos no se adaptan bien al cambio. Por ello puedes explicar las cosas de forma muy segmentada, con pasos muy concretos, que dejen muy claro lo que se espera de ellos y las consecuencias por no realizarlo.
- -Establece expectativas de aprendizaje: Explícale a los alumnos qué es lo que se espera que aprendan durante la clase. De esta forma estableces unas metas alcanzables y medibles desde un principio.
- -Establece expectativas de comportamiento: Deja claro cómo deben comportarse los estudiantes mientras desarrollan las actividades o se les explica la lección.
- Indica los materiales necesarios: Es mejor que identifiques los materiales que son necesarios (por muy evidentes que puedan parecer) a que ellos tengan que ir descubriendo o deducir qué es lo que necesitan.

- -Destaca los puntos clave: Cuando entregues tareas a los niños subraya o resalta las palabras más relevantes para facilitar que los niños con TDAH no pierdan el foco sobre lo que hay que hacer. Si estáis leyendo un enunciado en la clase, puedes hacer un ejercicio para identificar los elementos más importantes de la tarea.
- -Avisos: Puede resultar muy útil que avises a los alumnos de que una lección está a punto de acabar. Puedes avisar con 5-10 minutos de antelación el tiempo que queda antes del cambio, para que se vayan preparando. También puedes avisar al principio de la clase el tiempo que se va a empeñar en cada lección.
- - Un ambiente adecuado para el aprendizaje.
- - Siéntale en primera fila: Al estar más cerca de la pizarra y del profesor se distraerá menos y le será más fácil mantener la atención. Evita apartarle o aislarle en un rincón de la clase porque puede afectar negativamente a su autoestima y puede favorecer conflictos con sus compañeros.
- -Evita ponerle en evidencia: Procura no hacer diferencias entre estudiantes con TDAH y sin él, puesto que esto podría causar rechazo por parte de los compañeros. Por supuesto, evita siempre usar el sarcasmo o la crítica.
- -Utiliza materiales audiovisuales: El empleo de medios diferentes (vídeo, proyector, audio...) facilita que los alumnos en general, y especialmente los que tienen TDAH presten más atención. Puedes combinarlo con trabajos en grupo para incentivar el compañerismo.
- -Control de la agenda: Este control debes realizarlo a diario, para asegurarte de que han apuntado todas las tareas, y también que han metido en su mochila todos los materiales necesarios para realizarlas. En el caso de adolescentes, hay que realizar este control de una forma más sutil, para no dañar su autoestima.
- -Comprueba el rendimiento: Debes estar pendiente del comportamiento de los alumnos para detectar posibles muestras de frustración. Proporciona más explicaciones a estos alumnos para que comprendan el contenido de la lección y sean capaces de realizar las tareas y resolver los problemas.
- -Facilita que corrijan sus propios errores: Explica en cada tarea cómo identificar y corregir los errores, y proporciona un tiempo razonable para que puedan revisar su

trabajo. Recuérdales elementos especialmente complicados o excepciones que deben tener en cuenta.

- -No limites el tiempo de los exámenes: Los exámenes con tiempo limitado pueden perjudicar notablemente a los niños con TDAH, debido a la presión del examen y del tiempo, es posible que no lo puedan completar satisfactoriamente. Puede ser de gran ayuda que permitas que los niños con TDAH dispongan de más tiempo o puedes facilitar para ellos otro formato de evaluación, a través del cual les resulte más sencillo demostrar su conocimiento.
- -Ordenar el pupitre: Reserva 5 minutos al día para que los alumnos organicen sus pupitres y mochilas, para que tengan los materiales necesarios a mano, y sea más fácil pasar de una asignatura a otra, evitando distracciones.

Estas recomendaciones son un apoyo tanto para la madre como docentes a cargo esto se adapta a las necesidades tanto del hogar como en el aula, por lo que se recomienda también hacer una adaptación curricular donde el siguiente apartado se explica a grandes rasgos.

II.1.2. Adaptación Curricular

La adaptación curricular que se propone a continuación es para una niña de 7 años que tiene Trastorno Déficit de atención con Hiperactividad.

La menor iba en una escuela de gobierno donde las maestras mencionaron que no pone atención y no pueden tener control en ella , al término del ciclo escolar la madre acude a terapia buscando una respuesta por el comportamiento de la niña puesto que no se puede estar quieta, y la niña le menciona que su cuerpo le dice que se mueva, por lo que se le realizaron exámenes psicológicos correspondientes como el Neuropsi, Bender, Familia, Figura humana, Wippsi por lo que los resultados que se arrojaron fueron que la menor tenía un Trastorno de Déficit de atención.

Por lo que se sugirió a la mamá que la cambiara de escuela a un sistema Montessori, en este sistema a los niños se les ayuda a la trabajar el área quinesésica a ser

independientes, sin sentirse limitados puesto que se caracteriza por proveer un ambiente preparado: ordenado, estético, simple, real, donde cada elemento tiene su razón de ser en el desarrollo de los niños.

El colegio de la menor se llama "Taller Montessori" donde llevan una metodología en donde los niños conocen y aprenden lo importante de su entorno así como desarrollarse en él, es una escuela inclusiva en donde se trabaja con el alumno mediante sus posibilidades y dificultades para que logre avanzar académicamente con ayuda de sus compañeros de clase.

Los niños trabajan con materiales concretos científicamente diseñados que brindan las llaves para explorar el mundo y para desarrollar habilidades cognitivas básicas. El adulto es un observador y un guía; ayuda y estimula al niño en todos sus esfuerzos. Le permite actuar, querer y pensar por sí mismo, ayudándolo a desarrollar confianza y disciplina interior.

En la menor se ha visto avances como por ejemplo ya atiende órdenes y las sigue, trabaja en equipo, ha trabajado el área de liderazgo y no se siente limitada en situaciones en el aula como el no poderse mover, también ha desarrollado áreas como inteligencia emocional, por ejemplo mencionando lo que siente que piensa con sus demás compañeros, estas áreas también se trabajan en Terapia psicopedagógica. Es importante que al mismo tiempo se trabaja con la madre, la escuela y el terapeuta para que se vea más avances significativos importantes en la menor.

A continuación se menciona algunas otras alternativas para hacer una adaptación curricular dada por el maestro (Manuel García Pérez,2009):

I. Situé al alumno en el primer lugar del aula

Lejos de las ventanas u otros elementos que puedan "llamar su atención". Esta medida reducirá las posibilidades de que otros estímulos visuales o auditivos distraigan al alumno de la actividad que esté realizando en cada momento.

Si el alumno se sitúa en las últimas filas tendrá en su campo visual a sus Compañeros,

cuyos comportamientos o sus comentarios podrán distraerlo de las explicaciones del profesor o de su tarea.

Si lo sitúa cerca de una ventana o pasillo, los ruidos o los estímulos visuales también lo distraerán. Tenga en cuenta que tanto al alumno hiperactivo (a quien le cuesta mantener el foco atencional un tiempo prolongado), como al inatento (a quien le cuesta discriminar el foco atencional relevante), se les hace mucho más costoso mantener o dirigir la atención a la tarea o estímulo relevante que a los demás alumnos. Por otra parte, al situarlo cerca de usted podrá con más facilidad controlar la parte atencional.

II. Asegurar la comprensión

Es relevante trabajar en la comprensión de las explicaciones o de las instrucciones para realizar las tareas. Recuerde que el alumno con TDA no es necesariamente un alumno con déficit intelectual. Su capacidad de razonamiento es buena excepto en casos concretos. Por ello, si no comprende una explicación o no sigue unas instrucciones se deberá al hecho de no haber prestado suficiente atención (hiperactivos) o no haber sabido dirigir su atención a los aspectos relevantes de la exposición del profesor (inatentos). Para resolver estos inconvenientes, el profesorado puede establecer la rutina siguiente:

Efectúe la explicación al grupo del aula en los términos adecuados a su nivel curricular. Procure emplear frases cortas y en los casos en que la exposición deba ser larga, repita varias veces los aspectos fundamentales de la misma.

- Al explicar o dar instrucciones establezca frecuentemente contacto visual con el alumno con TDA; esto facilitará que mantenga su atención en usted o en lo que dice.
- Al finalizar la explicación o las instrucciones, diríjase al alumno con TDA y, de manera cordial, solicítele que le repita lo que ha entendido de la explicación o de las instrucciones. Ayúdele a completar aquellos aspectos que no sea capaz de repetir, bien porque no lo entendió, bien porque no atendió de manera suficiente (Hiperactivos) o de manera eficaz (inatentos).
- -Haga esto cada vez que exponga o proporcione instrucciones al grupo del aula. Tras unas cuantas veces de hacerlo, el alumno anticipará que tendrá que repetirlo y esto

actuará como factor que le ayudará a mantener y dirigir la atención a sus explicaciones o instrucciones.

- -Cuando se haya consolidado el hábito de atender con cuidado a sus explicaciones puede ir reduciendo las solicitudes de repetición al alumno. Hágalo de manera intermitente sin seguir una pauta concreta que el alumno pudiera identificar.
- Permita al alumno tener algún desplazamiento: por el aula a intervalos periódicos. Tenga en cuenta que a este alumno le resulta muy costoso permanecer quieto y/o en silencio. Hablar o moverse es un comportamiento funcional para mejorar la estimulación de su córtex sensorial por lo que tiende a combinar movimientos en su sitio o fuera de su sitio con cambios atencionales frecuentes. Por ello, puede nombrarlo su "ayudante en clase" y encargarle ciertas tareas que favorezcan su movilidad en el aula (o incluso fuera de ella). Esté atento para percibir cuando muestra inquietud, nerviosismo o lleva mucho tiempo quieto o en silencio. En esas ocasiones hágale preguntas o encárguele una tarea que suponga necesidad de hablar con otros o de moverse. Esto no es necesario con alumnos inatentos. (Autor, 2016, p. 50)

II.1.3. Estrategias en salón de clases enfocado en el profesor (Loren Cecilia, 2009):

Estas son las recomendaciones que sitúa la adaptación curricular y la integración grupal para que la niña se sienta parte del grupo y sea tomada en cuenta por sus compañeros.

1. Hacer una adaptación curricular en los contenidos para la mejor comprensión del alumno y generar mayor atención.
2. Hacer entender a sus compañeros la problemática de tal manera que ellos también ayuden para el avance educativo y emocional.
3. Trabajar inteligencias múltiples no solo se ayuda el niño con TDAH sino también se ayuda a los demás alumnos a la mejora de su capacidad y a integrarlos en una sola meta.
4. Realizar actividades y tomar como referencia temáticas que sean de su interés,

para motivarle y captar su atención.

5. Animar al niño a que termine las actividades iniciadas
6. Trabajar inteligencia emocional adaptada a los contenidos en clase. Se puede trabajar momentos de relajación en los niños para el control de impulsos y la mejor atención.
7. Ocupar una metodología participativa, activa y una en trabajo en equipo.
8. Ofrecer más tiempo y al mismo tiempo darle un seguimiento en las actividades.
9. Tener conocimientos sobre el TDAH. De esta manera el profesor sabrá lo que sucede con el niño y sabrá detectar algún caso.
10. Trabajar de manera coordinada con el orientador y los padres: es importante tomar en cuenta que un trabajo en equipo entre estos tres guías ayudaran a una mejora en todas las áreas tanto emocionales, educativas y de entorno en la menor.
11. Conocer y practicar técnicas de modificación de conducta: saber elogiar y recompensar a los alumnos, establecer límites y aplicar consecuencias.
12. Proporcionar un ambiente estructurado y predecible. Libre de distractores: para que la menor ayude a canalizar de mejor manera la atención a una sola situación.
13. Reforzar su autoestima: darles recompensas a base de palabras para que de esa manera se guíe a un buen manejo de conducta.
14. Es recomendable que cuando se realice examen escrito sea pregunta por hoja de esa manera el alumno podrá concentrarse en solo una actividad a la vez y podrá avanzar.

Con

II.2. ACTIVIDADES, EJERCICIOS Y ESTRATEGIAS PARA TRABAJAR CREATIVIDAD Y OTRAS ÁREAS EN LA MENOR

En el área creativa de la menor debe de impactar en sus necesidades de aprendizaje en captar su atención puesto que su imaginación es volátil así que de esta manera nos podrá ayudar como guías para desarrollar sus capacidades tanto motrices y a su vez atencionales.

Creatividad y autocontrol (Fernandez,2017): Para desarrollar esta actividad debemos plantear a los niños los siguientes objetivos:

- Aprender a mantener el autocontrol.
- Reflexionar sobre situaciones que nos producen malestar y reconocer los sentimientos que las provocan para poder controlarlos.
- Conocer las consecuencias de la alteración de la norma.
- Buscar alternativas de conducta adaptativa.

Los materiales que utilizamos en dicha actividad son:

- Un panel de emociones dónde los niños deban colocar su foto en la emoción que sienten cada día.
- Una presentación en power point donde se les expone los conceptos que deben aprender y las actividades que van a desarrollar.
- Un video de “El Pato Donald” en el que podrán ver qué pasos debemos seguir para mantener el autocontrol.
- Posteriormente se les pasará una hoja de preguntas que nos servirá como guía para ver si han entendido y atendido al vídeo, y para ayudarles a reconocer los pasos que debemos seguir para adquirir autocontrol.
- Música relajante, esterilla y manta.
- Teatrillo y marionetas.
- Lápiz y papel.

Las actividades en casa o escuela son importantes para el estímulo en cuestión atencional pero también para un control de impulsos donde llame su atención y al mismo tiempo haga un trabajo en equipo.

Actividad

- Comenzaremos mostrándoles el panel de las emociones, donde ellos podrán colocar su foto en la emoción que creen que tienen, consecuencia del transcurso de su día. Aquí veremos, los educadores, la emoción que traen, y en función de ésta les ayudaremos a ver cómo dicha emoción puede influir en la adquisición del autocontrol.
- Una vez que han identificado su emoción ese día, se les pasará a exponer e ilustrar sobre cuáles son los objetivos a conseguir con esta actividad. Y una vez visto esto les expondremos, de manera magistral, e ilustraremos sobre qué es el autocontrol y qué podemos hacer para conseguirlo.
- Cuando ya se haya expuesto los conceptos básicos sobre el autocontrol, se mostrará el vídeo de `El Pato Donald`. En el vídeo observarán qué trucos aprende el Pato Donald para conseguir mantener el control inhibitorio.
- Después de esto, realizaremos a los alumnos un conjunto de preguntas guía las cuales les ayudarán a comprender mejor el vídeo visto. Con estas preguntas, los educadores detectarán la capacidad atencional y de comprensión que muestran los niños. Y también, les guiarán para conocer en profundidad los pasos a seguir para mantener la calma y no dejarnos llevar por los impulsos.
- Uno de los trucos que deben aprender los niños para conseguir el autocontrol es el aprender a relajarse. Para ello se desarrollará una sesión de relajación, enseñándoles a dominar la respiración profunda y aprender a identificar cuando nuestro cuerpo está tenso o relajado.
- Posteriormente se les enseñará a identificar las diferentes señales que el cuerpo nos da cuando nos empujan, nos cogen algo, nos acusan, no nos compran lo que queremos, no hemos acabado un trabajo, cuando un compañero no nos deja jugar, o no nos invita a su cumpleaños, etc. Si aprendemos a identificar esas señales, sabremos cuando deberemos implementar los trucos aprendidos para mantener la

calma y relajarnos, pensando siempre en la consecuencia que pueda tener nuestra conducta.

- Vamos a experimentar. Van a tener que controlarse cuando el educador saque una pistola para hacer burbujas, puesto que ellos en este momento van a tener que controlarse y no podrán explotarlas. Después de dicho ejercicio van a tener que expresar qué sensación han experimentado al aguantarse las ganas de explotar las burbujas, y qué han hecho para conseguir controlarse.
- A continuación, se les enseñará la técnica del semáforo para controlar la ira y el enfado. Deben aprender que cuando no podemos controlar una emoción (sentimos mucha rabia, queremos agredir a alguien, nos ponemos muy nerviosos) tenemos que pararnos como cuando un coche se encuentra con la luz roja del semáforo. Después de detenerse, es el momento de pensar y darse cuenta del problema que se está planteando y de lo que se está sintiendo (luz amarilla). Y si uno se da tiempo de pensar pueden surgir alternativas o soluciones al conflicto o problema. Es la hora de elegir la mejor solución (luz verde). Después de haber aprendido la técnica, van a dibujar una situación en la que crean que han perdido el control, y al lado deben de representar cómo estaba su semáforo (verde, amarillo o rojo). Después deben de dibujar cómo estará su semáforo si practica los trucos que han aprendido para controlar su conducta (verde, amarillo o rojo).
- Ahora con las marionetas, vamos a representar diferentes situaciones en las que creemos que hemos perdido el control. Y después, representaremos qué podíamos haber hecho para haber mantenido la calma y habernos mantenidos serenos y relajados.
- Si nos da tiempo, al final de la actividad, se les pedirá a los niños que dibujen la emoción que les ha provocado realizar esta actividad.

El tiempo de la actividad será aproximadamente dos sesiones de una hora cada una. Si el grupo es muy grande y muy participativo, puede que se necesite otra sesión para poder

desarrollar la misma.

Es importante que durante el transcurso de la actividad, los educadores les hagamos conscientes a los niños de:

- La importancia de reconocer y titular sentimientos, sensaciones y estados de ánimo con el fin de poder controlarlos y no actuar impulsivamente.
- Practicar y llevar a cabo los diferentes trucos para conseguir mantener el control, la calma y la serenidad.

Otras actividades que se pueden hacer en casa o en el aula:

1. *Jugar a la memoria*

Un buen ejercicio para poder trabajar la falta de atención que tienen los niños es jugar a la memoria.

Para ello, según la edad del niño, se puede adaptar a sus necesidades y en distinto grado de dificultad.

Se trata de generar tarjetas por parejas (con fotografías, dibujos, números...). Debe haber dos tarjetas iguales. Los puedes fabricar tú mismo adaptándolo a los gustos del niño, de modo que le resulte más interesante.

Para ello, después de tener un montón de pares de tarjetas, lo que debes hacer es barajarlas y colocarlas hacia abajo.

El juego consiste en que, estando todas las tarjetas barajadas boca abajo y por turnos, el niño debe levantar una de ellas y fijarse en el dibujo que hay (por ejemplo, un coche) y después levantar otra (que puede ser, por ejemplo, un globo).

El niño debe prestar atención a la colocación de las cartas y fijarse en el dibujo de cada tarjeta, por lo que entrenamos el déficit de atención.

Cuando en su turno sea capaz de levantar dos tarjetas con el mismo dibujo, se las guarda

y continúa jugando. El juego termina cuando se han levantado todas las cartas. Y gana la persona que haya guardado más parejas de cartas.

2. *Simón*

El juego de Simón también sirve para prestar atención, que es uno de los mayores déficits que presentan los niños con TDAH, además de trabajar la impulsividad.

Se trata de un juego electrónico en el que se van iluminando de forma aleatoria los cuadrantes de colores y emite un sonido propio.

El niño debe de esperar a que el aparato deje de ejecutar la secuencia y posteriormente, debe introducir la secuencia mostrada en el orden correcto. Este juego permite al niño desarrollar la capacidad de autocontrol y la memoria.

Una de las ventajas de este juego es que existen diferentes niveles, conforme vas acertando las secuencias se incrementa la velocidad de ejecución.

También hay aplicaciones para la Tablet que permiten trabajar de la misma manera. Algunas de ellas son: Neurogames – Effective learning made fun!

Están creadas por el neuropsicólogo infantil Jonathan Reed. Entre ellas podemos encontrar el “Impulse control” o “memorice”.

3. *La torre*

Uno de los juegos que sirven también para trabajar la impulsividad es “la Torre”.

Se trata de un juego de habilidad física y mental, donde los participantes deben retirar bloques de una torre por turnos y colocarlos en la parte de arriba hasta que se caiga.

Este juego cuenta con una de las ventajas de los juegos de mesa, como es el establecimiento de turnos.

Además, el juego requiere que el niño se detenga por un momento inhibiendo su impulsividad y planifique su siguiente movimiento.

El niño debe de retirar con sumo cuidado la pieza, trabajando así la motricidad fina y la coordinación óculo-manual.

4. Técnicas de relajación

Para reducir la hiperactivación de los niños con TDAH se pueden utilizar las técnicas de relajación.

Para niños, por ejemplo, las más apropiadas pueden ser las de Koeppen, que es una adaptación de la famosa Técnica de Relajación de Jacobson pero adecuada al ámbito infantil.

Los niños, por lo general, tienden a la activación y al juego, pero también precisan de momentos de relajación y calma, y más los niños que presentan el síntoma de la hiperactividad.

La técnica de relajación de Koeppen se basa en la tensión y la distensión, de manera que centrándonos en distintas partes del cuerpo (brazos, manos, cara, nariz...) va haciendo notar a los niños la tensión y más tarde la relaja, para que sean capaces de notar la diferencia.

5. Mikado

El Mikado es un juego antiguo y divertido muy útil para los niños con TDAH, dado que les permite trabajar la motricidad fina y la impulsividad.

Este juego consiste en un grupo de palitos muy finos con bandas de colores en las esquinas.

Para comenzar a jugar, se unen todos los palos y se ponen de manera vertical, dejándolos caer encima de una superficie. En ese momento, y por turnos, se comienza a jugar.

Los palitos caerán de una manera determinada y por turnos se deben ir extrayendo palitos sin que los demás palos se muevan. Cuando se haya conseguido coger todos los palos, se sumará quién tiene más puntos.

6. *Puzzles o rompecabezas*

Los puzzles, adaptados a la edad, también pueden ser una actividad muy divertida para trabajar con los niños con TDAH.

Los puzzles les permiten centrarse en una tarea y trabajar la atención y la motricidad.

7. *Palillos chinos*

El juego de la pajita es divertido y útil para trabajar la atención y la impulsividad. Para ello, necesitas papel continuo, un rotulador, unas bolitas hechas de papel y una pajita.

Para ello, cogeremos papel continuo y dibujaremos una carretera con curvas. Con las bolitas de papel, las colocaremos por la carretera y soplando con la pajita intentaremos que el niño vaya llevando la bolita por la carretera.

8. *Buscar objetos escondidos en láminas con distractores*

Una buena actividad para trabajar con niños es buscar objetos dentro de láminas que tengan muchas cosas.

Busca láminas con dibujos muy completos (por ejemplo una ciudad donde haya muchos edificios, tiendas distintas, gente en bicicleta, animales...). Cuantos más elementos tenga el dibujo, más dificultad la tarea y mayor exigencia.

Se trata de que animes al niño a buscar determinados elementos, por ejemplo, “¿cuántos edificios ves en la fotografía?”, “¿cuántos gatos hay?”, “encuentra la panadería”, “encuentra las chicas con el pelo largo”.

Esto ayudará al niño a centrarse en una tarea y mantener la atención.

9. *Laberintos*

Otra actividad fácil, divertida y útil para trabajar la atención y la planificación son los laberintos.

Para ello, consigue laberintos distintos y con instrucciones como “presta atención y

recuerda que no puedes chafar las líneas del borde del laberinto”, “hazlo con calma y atención, comienza aquí y encuentra la salida del laberinto”.

El niño debe prestar atención a la tarea y planificar cómo debe realizarla para lograr encontrar la salida.

10. Mapas

Una actividad sencilla y que permite a los niños trabajar la atención son los mapas. Puedes adaptarlo a la dificultad del niño y también le permitirá estudiar y repasar conceptos escolares.

Para ello, sólo necesitas mapas: de la propia Comunidad Autónoma, del País, de Europa, del Mundo o también una bola del mundo.

Para ello, le vas pidiendo al niño frente al mapa que te busque un lugar concreto, por ejemplo, “encuentra Málaga”, “encuentra París”, etc.

De este modo, el niño debe prestar atención a la tarea para solucionar aquello que se le está demandando.

11. Actividad física

El ejercicio físico es una actividad muy buena para los niños con hiperactividad. Para ello, que haga ejercicio físico y deporte.

Apunta al niño a algún deporte que le interese y le permite interactuar con otros niños.

Además, permítele que haga mucha actividad física: ofrécele actividades donde pueda moverse: ir al parque, excursiones al parque, ir en patines...

12. Autoinstrucciones: *para, piensa y actúa*

Para trabajar las autoinstrucciones, las premisas son “Para, piensa y actúa”. Es una técnica cognitiva que pretende trabajar con los niños la impulsividad.

Se trata de seleccionar al principio, por ejemplo, una conducta inadecuada que suele

repetir: “levantarse de la mesa mientras se come” o “levantarse de clase mientras está haciendo una actividad”.

Las autoinstrucciones deben ajustarse a cada niño, viendo lo que sea necesario para cada uno. Se las debe decir mentalmente y aplicarla ante conductas impulsivas.

Para ello, las autoinstrucciones son útiles para que cuando el niño note el impulso de levantarse debe pensar: “Párate. ¿Qué es lo que tengo que hacer? Ahora mismo tengo que estar sentado. Puedo conseguirlo. Voy a estar un poco más de tiempo sentado”.

De este modo, se pretende que retrase un poco más la impulsividad de hacer esa conducta en ese momento determinado.

13. Trabajar con el efecto Stroop

El efecto Stroop es muy útil para trabajar la impulsividad. Se trata de una tarea donde el color no corresponde con la palabra.

Por ejemplo, la palabra AMARILLO está escrita en color rojo, la palabra ROJO está escrito en color azul o la palabra VERDE está escrita en amarillo.

Se trata de que el niño diga el color en el que está escrita la palabra AMARILLO, es decir, debería decir “rojo”, pero tenderá a leer la palabra, por lo que debe inhibir y decirlo correctamente.

14. La técnica de la tortuga

Para trabajar la impulsividad, también puede ser muy adecuada la técnica de la tortuga.

Tenemos que indicarle al niño que en determinados momentos, nos vamos a convertir en una tortuga y debe saber cómo se comportan las tortugas.

Pueden ir caminando con la cabeza y las patas por fuera pero cuando sienten que alguien las amenaza, se esconden y dejan a la vista sólo el caparazón.

Debemos indicarles que ellos pueden comportarse de ese modo. Así, cuando el sienta que

no puede controlarse, puede convertirse en una tortuga y esconderse dentro de su caparazón.

Se le insta a que piense cosas agradables, a que deje volar el enfado o las emociones desagradables y que se relaje.

15. Juegos de similitud

Para trabajar la atención, podemos imprimir y plastificar muchas imágenes con distintos dibujos de colores.

Imprimiremos un montón de imágenes o figuras de color rojo, otros de color azul, de color verde, amarillo...

Cuando vayamos a trabajar con el niño, las mezclaremos todas e iremos pidiéndole una serie de consignas. Por ejemplo, “dame sólo las tarjetas con objetos de color rojo”.

Si son figuras geométricas (incluimos círculos grandes, círculos pequeños, cuadrados azules grandes, cuadrados verdes pequeños). Podemos hacer todas las combinaciones y le pedimos al niño consignas específicas.

Por ejemplo: “dame sólo los triángulos pequeños”, “dame los círculos grandes azules”. Obviamente, esta tarea se adecuará al nivel que tenga el niño.

16. El bingo

El bingo también es una actividad muy adecuada para trabajar la atención, dado que le damos al niño una serie de números que leemos en voz alta y él, con distintos cartones, debe centrar la atención para buscar si tiene el número que ha sido extraído.

Si no prestas atención, es muy fácil que no seas capaz de seguir el juego.

17. Juegos de estrategia

Muchos juegos de estrategia permiten al niño trabajar la atención y la concentración. En este sentido, por ejemplo, puedes utilizar el dominó, el tres en raya, el ajedrez o hundir la

flota.

18. Encontrar las diferencias

Los juegos de encontrar las diferencias también son muy útiles para trabajar la atención. Para ello, presentamos al niño dibujos muy similares pero que tengan pequeñas diferencias y le animamos a que encuentre dónde están las diferencias.

En este sentido, se pueden hacer variaciones. Por ejemplo, establecemos un dibujo de partida (una estrella) y en vertical establecemos a su lado 8 estrellas diferentes, una o varias pueden ser exactamente iguales y las demás con alguna diferencia.

Pedimos al niño que encuentre qué estrellas son iguales y cuáles son diferentes. Este ejercicio se puede hacer con muy diversos objetos.

También se pueden establecer series de números, por ejemplo: “3 4 5 6” y al lado podemos poner “3 4 5 6” o “3 5 4 6”, “4 7 4 6” y pedimos al niño que seleccione las que son iguales y las que son distintas.

19. Tareas de escucha

Estas tareas pretenden que el niño escuche atentamente alguna cosa y después conteste a algunas preguntas que le hemos hecho.

Vale contarle cuentos, descripciones, historias inventadas, chistes, adivinanzas... cualquier cosa que se nos ocurra, y después podemos hacerle preguntas para que centre su atención.

Podemos pedirle también que describa el entorno en el que se encuentra o distintas ilustraciones: dónde se encuentra cada cosa, los colores, el espacio en el que se encuentren.

20. Tareas de completar

Hay muchas tareas de completar que permiten centrar la atención. Le podemos presentar una imagen a la que le falta algún componente y su tarea consiste en decir, indicar o dibujar cuál es.

También se le pueden presentar algunos dibujos como modelo y una serie de versiones incompletas del dibujo. Su tarea consiste en ver e informar y después acabar las partes hasta que sean idénticas al dibujo original.

Otra actividad útil es ordenar viñetas, por ejemplo, dado que el niño tiene que centrar su atención y descubrir qué sucede en la historia ordenándolas.

Estas actividades son solo algunas de muchas que se pueden realizar tanto en casa como en escuela y que incluso se pueden trabajar conjuntamente.

El diagnóstico e intervención del TDAH es basado en una serie de pruebas y criterios, a continuación se explica cómo se realiza.

II.3. Diagnóstico e Intervención Neuropsicológica

En cuanto al diagnóstico del déficit de atención con hiperactividad que la niña presenta se basó en los criterios del DSM-V como anteriormente se señaló pero en esta parte se explicara detalladamente como se presentan y que tipo de déficit de atención presenta la menor.

Presenta dos tipos del trastorno uno es del tipo desatento y sus características correspondientes a la niña son:

- ✓ falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades. Por ejemplo cuando se le pide que realice una actividad en el salón de clases lo realiza inadecuadamente por lo que se le tiene que explicar más de una vez y en ocasiones se tiene que estar con ella explicando paso a paso para que su trabajo lo realice adecuadamente.
- ✓ tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas por

- ejemplo en terapia cuando se pide que realice un dibujo no lo termina.
- ✓ parece no escuchar cuando se le habla directamente, siempre se tiene hablar claro y preciso llamando la atención para que ponga atención.
 - ✓ no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes.
 - ✓ tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
 - ✓ se distrae con facilidad por estímulos externos

En cuanto al tipo de hiperactivo- impulsivo:

- ✓ se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado
- ✓ corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado
- ✓ es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- ✓ está “ocupado,” actuando como si “lo impulsara un motor”
- ✓ 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.

Por lo que tiene una presentación combinada del Trastorno de déficit de atención con Hiperactividad puesto que presenta 6 o más características de cada uno de los tipos.

La gravedad del trastorno va de moderada a grave puesto que se han trabajado en áreas como atención y retención, inteligencia emocional y se ha visto mejoría.

Su rendimiento escolar ha mejorado significativamente, la niña menciona que ya tiene amigos y le gustan las actividades realizadas en clase.

En cuanto a las dificultades persistentes se duerme en clase, en ocasiones le cuesta poner atención, interrumpe a las personas en el momento de hablar, no termina las actividades en clase y en terapia, necesita estar en constante movimiento.

Así como la aplicación de la prueba NEUROPSI donde sale en un nivel de **severo a moderado** su fortaleza es la memoria de corto plazo puesto que se realizan diferentes estrategias adaptadas a las necesidades y fortalecimientos mediante su fortaleza.

La niña mantiene una constancia en sus consultas y realiza ejercicios apoyada por la madre para que siga en una estimulación para la superación de sus dificultades, también hay una comunicación constante entre escuela y terapeuta con el fin de tener un seguimiento en la adquisición del aprendizaje y conducta en el salón de clase.

En este capítulo se explicó todo el proceso que se realizó en la niña desde su diagnóstico como intervención, así como en adaptación, integración, trabajo en clase como con sus compañeros. Es interesante observar su evolución en el ámbito atencional tomando en cuenta los ejercicios y actividades pero también en la constancia en su proceso terapéutico.

En las conclusiones se habla más detalladamente de mi punto de vista en el trabajo con la paciente.

CONCLUSIONES

Se observó que la paciente a pesar de que no tuvo el apoyo de un tratamiento farmacológico constante, ha tenido mejoría desarrollando la creatividad, haciendo hincapié en un buen manejo de reglas y límites tanto en actividades de casa y escuela. Es importante mencionar que se debe de reforzar hábitos en cuanto alimentación, horarios de estudio, sueño y buen uso de su tiempo libre.

Es un trabajo conjunto entre familia, escuela y terapeuta, para que la niña tenga éxito en su mejoría atencional y autorregulación. Esto se realiza a partir de la orientación a la familia, llevar un seguimiento académico teniendo comunicación con la maestra a cargo, donde el terapeuta apoye ambas partes dando recomendaciones y seguimiento, así como ubicando fortalezas y debilidades en la paciente, para que no se vea afectada otras áreas

de desarrollo como la autoestima.

Es interesante observar la evolución en el ámbito terapéutico de la paciente, puesto que al inicio de este proceso tenía dificultades en cuestión de falta de control de impulsos, poca tolerancia a la frustración, malos hábitos, y poca atención, esto se veía reflejado en su construcción de autoestima (no puedo).

En este momento va a un colegio donde se adapta a las necesidades de la menor, apoyándola en sus dificultades como en la adquisición de lectura y escritura, ya ha repetido dos veces primer año escolar porque estaba más atrasada a comparación de sus compañeros de clase, esta es la tercera vez que cursa el primer año y ya tiene un avance significativo. También tiene avances significativos importantes en las áreas antes mencionadas.

En lo personal al realizar esta tesis no solo tuve una visión más amplia del TDAH sino la verdadera dificultad que tiene una niña o niño con esta dificultad no solo académicamente sino también en el área social y emocional.

No solo tienen un fracaso escolar por el ámbito atencional al adquirir los aprendizajes sino que también ataca el autoestima, el comportamiento social con sus pares y la adaptación que esto con lleva. Aunado a la forma de como en el hogar se trabaja, la situación en casa en particular de esta paciente, es muy compleja y se ve más afectado el área de constancia y control de impulso.

Se recomienda a la madre que sea más constante en llevar a la menor a la escuela, tener un seguimiento es tareas y trabajos escolares, y el reforzamiento de aprendizajes, también que la niña tenga una medicación dada por un paidopsiquiatra o neurólogo.

REFERENCIAS DOCUMENTALES

- Borunda Miranda, Gloria, Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, Trillas, México, págs. 56-65.
- J. Artigas-Pallarés ,Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad, página 30
- Observatorio de la niñez y la infancia, Problemas asociados al TDAH: la comorbilidad
- J. Artigas-Pallarés, K. Garcia Nonell, E. Rigau Ratera Unitat de Neuropediatria. Hospital de Sabadell. Corporació Sanitària Parc Taulí , Comorbilidad En El TDAH, Congreso de neuropsicología por internet.
- Pérez García Manuel, Adaptaciones Curriculares Metodológicas Para Alumnado Con Diagnóstico De Trastorno Por Déficit De Atención Con O Sin Hiperactividad - Hiperactivos O Inatentos.

- Gómez Díaz, Isabel, TDAH Y Su Relación Con La Motivación En El Contexto Educativo, 2017.
- Esquivias Serrano María Teresa, Creatividad: Definiciones, Antecedentes Y Aportaciones, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, 2017.
- Ruiz Hernández Cristina, “La creatividad musical y las emociones. TDAH o Trastorno de déficit de atención con hiperactividad en el aula de Primaria”, 2017.
- Valqui Vidal Rene , La creatividad: conceptos. Métodos y aplicaciones, 2017.
- Vásquez Josué, Guía Clínica de Trastorno de Déficit de atención, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, 2010.
- Guerrero López José Francisco, El alumnado con TDAH (hiperactividad) como colectivo en riesgo de exclusión social: propuestas de acción y de mejora, universidad de Malaga, 2011.
- García Ramírez Elena Matriz, La lateralidad en etapa infantil, España 2007.
- Hidalgo Vicario MI. Soutullo Esperón C. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En: Muñoz Calvo MT, Hidalgo Vicario MI, Clemente Pollan J. Pediatría Extrahospitalaria.
- I Jornadas Leonesas sobre TDAH. X Aniversario de la Asociación ALENHI (2012). Detección Temprana, Diagnóstico y Tratamiento Multidisciplinar del TDAH. "Bases Biológicas del TDAH, Detección Temprana y Tratamiento Multidisciplinar". Dr. Julián Vaquerizo Madrid. (Neuropediatra del Hospital Materno Infantil de Badajoz).
- Bonet Camañes, Recomendaciones para padres de niños con TDAH, 2017
- Gutiérrez del Arroyo Marga La lateralidad cruzada y sus síntomas: ¿Cómo afectan al aprendizaje?, Aprende a escuchare, 2017.
- Torres Herruzo, Consejos nutricionales para niños con TDAH, 2017

<http://www.tdahytu.es/consejos-nutricionales-para-ninos-con-tdah/>

- Alimentos para niños con TDAH, mejor con salud, 2017, <https://mejorconsalud.com/alimentacion-para-ninos-con-tdah/>
- Antón, E., Romera, R., Saavedra, M., Simal, M^a M. Y Villar, M^a R. (2003) Actividades En Educación Infantil. Barcelona. Ed. Cisspraxis.
- Gallego Ortega, J.L., Fernández Haro, E. (2003) Enciclopedia De Educación Infantil. Archidona (Málaga). Ed. Aljibe.
- Vallet, M. (2004) Educar A Niños Y Niñas De 0 A 6 Años. Barcelona. Ed. Cisspraxis.
- Zabalza, M.A. (2010) Didáctica De La Educación Infantil. 6^a Edición. Madrid. Ed. Narcea.
- Goleman, D. (1995). Inteligencia emocional, Kairós, Barcelona, 1996.
- Tierno, B.; Escaja, A.; (2011). Saber educar hoy. Guía para padres y educadores, Ediciones Planeta Madrid, S.A.
- Artículo de Europa Press de 24 de febrero de 2012.
- Agency for Healthcare Research and Quality. Opciones de tratamiento para niños y adolescentes con déficit de atención: Revisión de las investigaciones para los padres y personas que ayudan al cuidado.
- García Sevilla, J. (2013). Cómo mejorar la atención del niño. Pirámide, Ojos Solares.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Fundació Sant Joan de Déu, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluacion Qualitat de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el

SNS: paginas 78-90.

- Pascual-Castroviejo, I. (2008). Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Asociación Española de Pediatría.
- Perote Alejandro, A., y Serrano Agudo, R. (2012). TDAH: origen y desarrollo. International Marketing & Communication, S. A.
- Schneider, M., y Robin, A. La técnica de la tortuga: un método para el autocontrol de la conducta impulsiva.
- Snel, E. (2015). Tranquilos y atentos como una rana. Kairós, pag; 12-16

ANEXOS

Según el DSM-V el trastorno por déficit de atención con hiperactividad tiene un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo que se caracteriza por la siguiente sintomatología, por lo que se le aplico un cuestionario a la madre y maestras basándonos en los factores DSMV, tanto para el Trastorno con déficit de atención, así como para la hiperactividad. A continuación se presentan los cuadros del cuestionario donde la **X** significa que cuenta con es positivo al tener la característica para el **TDAH**

Anexo 1
Cuestionario a la madre DSM-V:

Factores	Respuestas
a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (por ejemplo, se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).	X
b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (por ejemplo, tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o lectura prolongada).	X
c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ejemplo, parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).	X
d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los	X

deberes laborales (por ejemplo, inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).	
e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (por ejemplo, dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).	X
f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).	X
g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles de trabajo, gafas,	X

móvil).	
h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).	X
i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (por ejemplo, hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).	X

Factores	Respuestas
Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las	X

Tabla se

donde

explica las observaciones de la madre ante el comportamiento de la menor ante el Trastorno del déficit de atención (TDA), donde x es positivo y se cuenta con la sintomatología correspondiente al TDA.

tareas escolares.	
Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas.	X
Tiene mala gestión del tiempo, con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos y olvida las actividades cotidianas cómo hacer las tareas.	X

Cuestionario a la madre acerca de Hiperactividad-impulsividad en el DSM-V

Factores

Respuestas

Con frecuencia juguetea con las manos o los pies.	---
Se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado.	X
Es incapaz de jugar o de ocuparse en actividades recreativas.	X

Está ocupado actuando como si lo impulsara un motor.	X
Habla excesivamente.	X
Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta	X
Le es difícil esperar su turno y con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros.	X

Tabla donde se explica las observaciones de la madre ante el comportamiento de la menor ante el hiperactividad- impulsividad, donde x es positivo y se cuenta con esa la sintomatología y --- significa que no presenta con el síntoma.

Cuestionario para docente a cargo, donde se observa que coincide con respuestas dadas por la madre en los cuadros anteriores.

Factores	Respuestas
----------	------------

<p>a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (por ejemplo, se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).</p>	<p>X</p>
<p>b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (por ejemplo, tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o lectura prolongada).</p>	<p>X</p>
<p>c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ejemplo, parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).</p>	<p>X</p>
<p>d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (por ejemplo, inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).</p>	<p>X</p>

e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (por ejemplo, dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).	X
f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).	X
g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles de trabajo, gafas, móvil).	x

h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).	X
i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (por ejemplo, hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).	X

Tabla donde se explica las observaciones de la docente que se encuentra cargo donde estudia la menor ante el comportamiento de la menor ante el Trastorno del déficit de atención (TDA), donde x es positivo y se cuenta con la sintomatología correspondiente al TDA.

Cuestionario aplicado a maestra acerca de Hiperactividad-impulsividad el DSM-V

Factores	Respuestas
Con frecuencia juguetea con las manos o los pies.	---

Se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado.	X
Con frecuencia corretea o trepa en situaciones que no resulta apropiado.	X
Es incapaz de jugar o de ocuparse en actividades recreativas.	X
Está ocupado actuando como si lo impulsara un motor.	X
Habla excesivamente.	X
Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta	X
Le es difícil esperar su turno y con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros.	X

Tabla donde se explica las observaciones de la docente a cargo del grupo donde estudia la menor ante el comportamiento de la menor ante el hiperactividad-

impulsividad, donde x es positivo y se cuenta con esa la sintomatología y --- significa que no presenta con el síntoma.

Evaluación diagnóstica de lateralidad

Se le aplicó a la menor un examen de lateralidad para observar y diagnosticar su estructura motriz y coordinación por lo que es importante conocer la lateralidad para encontrar el predominio funcional de un lado del cuerpo humano sobre el otro, determinado por la superioridad que un hemisferio cerebral ejerce sobre el otro. La lateralización es el proceso por el que se desarrolla la lateralidad y es importante para el aprendizaje de la lecto-escritura y la completa madurez.

En el ámbito de lateralidad que es fundamental el trabajo con niños que tienen este trastorno, en específico en el caso que analizaremos tienen una lateralidad sin definir puesto que la expresión lateralidad sin definir se refiere a la utilización de un lado del cuerpo u otro, sin la aplicación de un patrón definido y estable. En esos casos el empleo de una mano, ojo, oído o pierna, no es constante ni está diferenciada totalmente.

En la evaluación aplicada se observa que hay cruce en la vista pues la menor tiene una predominancia en pie y oído derecho, en mano es diestra, en ocasiones ocupa la mano izquierda más que la derecha mientras que en cuestión de ojo tiene cruce puesto que ocupa más el izquierdo.

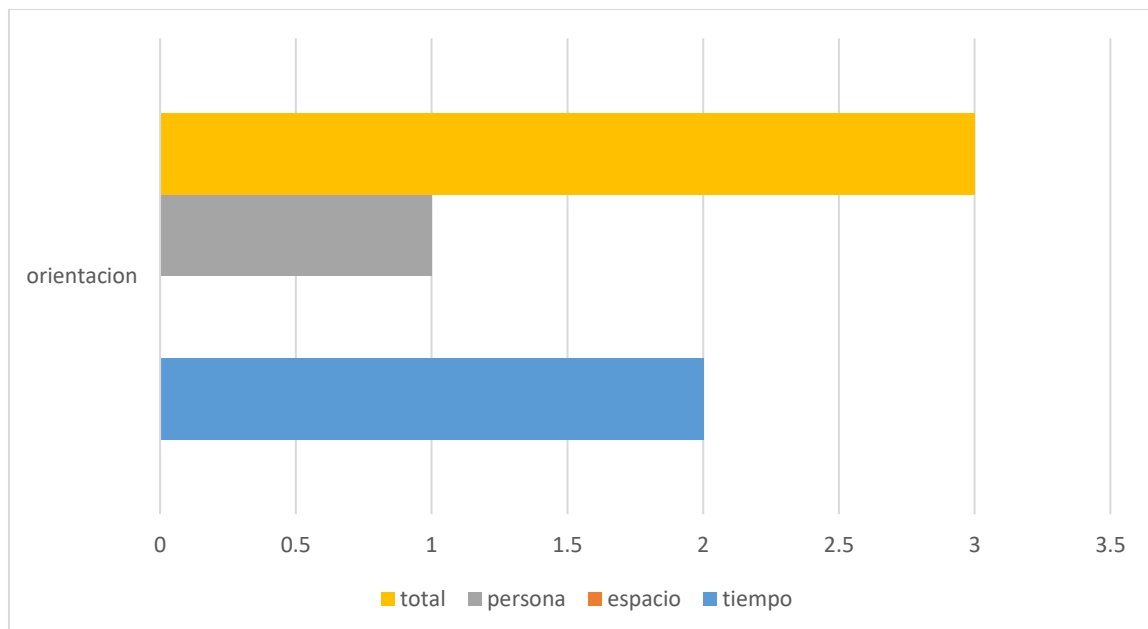
Visión	izquierda
Audición	derecho
Mano	derecho
Pie	derecho

En terapia se le dan actividades que ayuden a formar una lateralidad formada como por ejemplo de colores y de formas para ayudar a la visión, la menor ocupa lentes por lo que se le darán ejercicios de estimulación visual y conjuntamente se aplican actividades para la coordinación ojo mano.

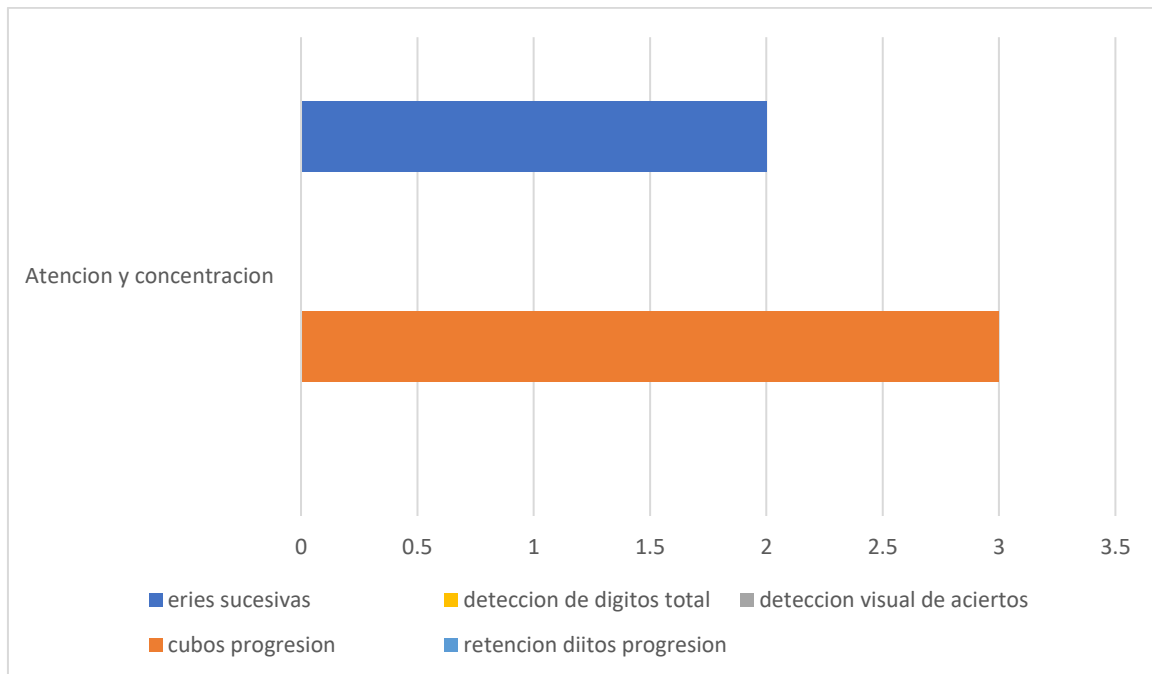
APLICACIÓN DE PRUEBAS NEUROPSI

Se aplicó NEUROPSI puesto que ayuda a evaluar: atención, memoria largo y corto plazo, memoria de evocación, así como lenguaje que abarca la valoración de varios parámetros importantes tales como la denominación, repetición, comprensión y fluidez. Así como ayuda a medir las funciones ejecutivas incluyendo la solución de problemas (abstracción y categorización) y tareas de programación motora por lo que esta prueba arrojo los resultados para medir las áreas que se necesitan evaluar y estimular o ayudar en el desarrollo cognitivo de la menor.

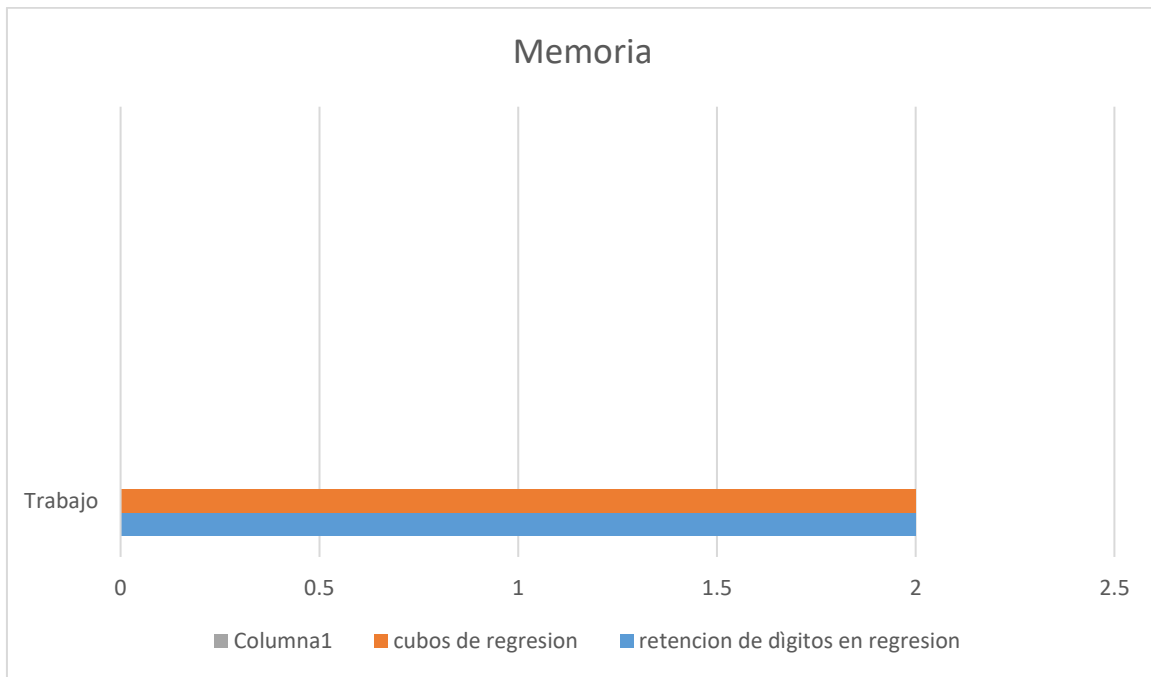
Las siguientes tablas explican las diferentes áreas que mide la prueba y el nivel en donde se ubica la niña en cada una de ellas.



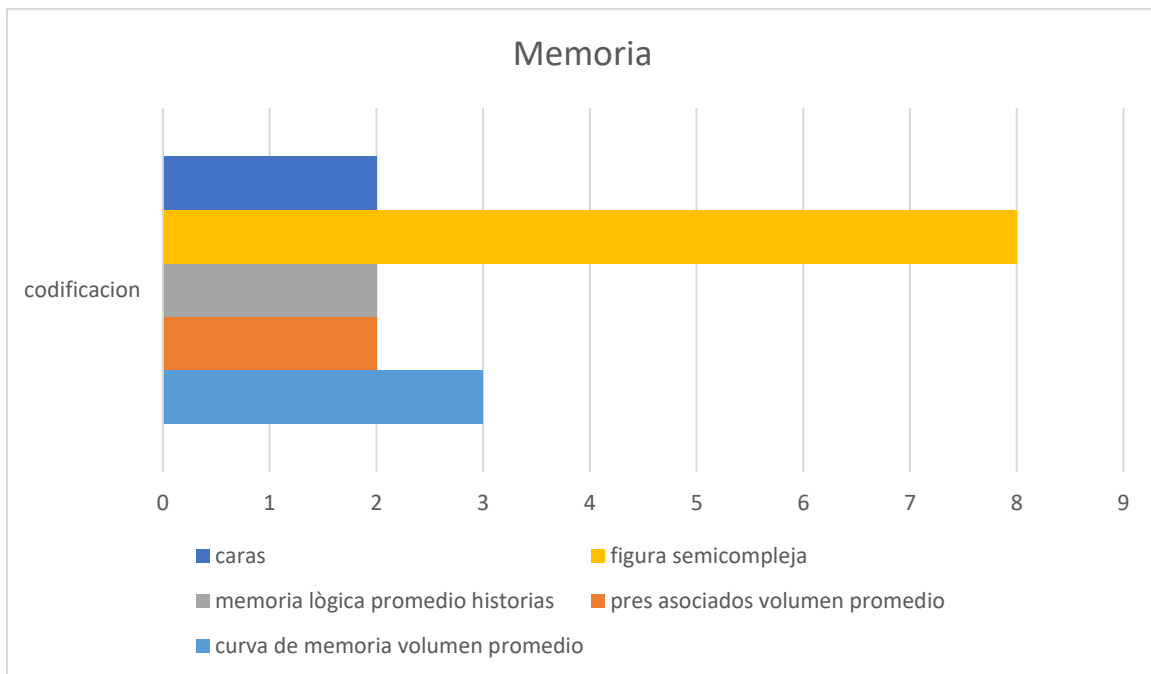
En este grafico se explica la orientación de la menor donde se observa en cuanto espacio no tiene percepción y se encuentra grave.



En esta tabla donde habla de atención y concentración podemos ver que la menor se encuentra en GRAVE en donde mayor puntaje tuvo fue en la progresión de cubos mientras que en la detección de dígitos, retención de dígitos y la detección visual de aciertos no obtiene ningún puntaje.

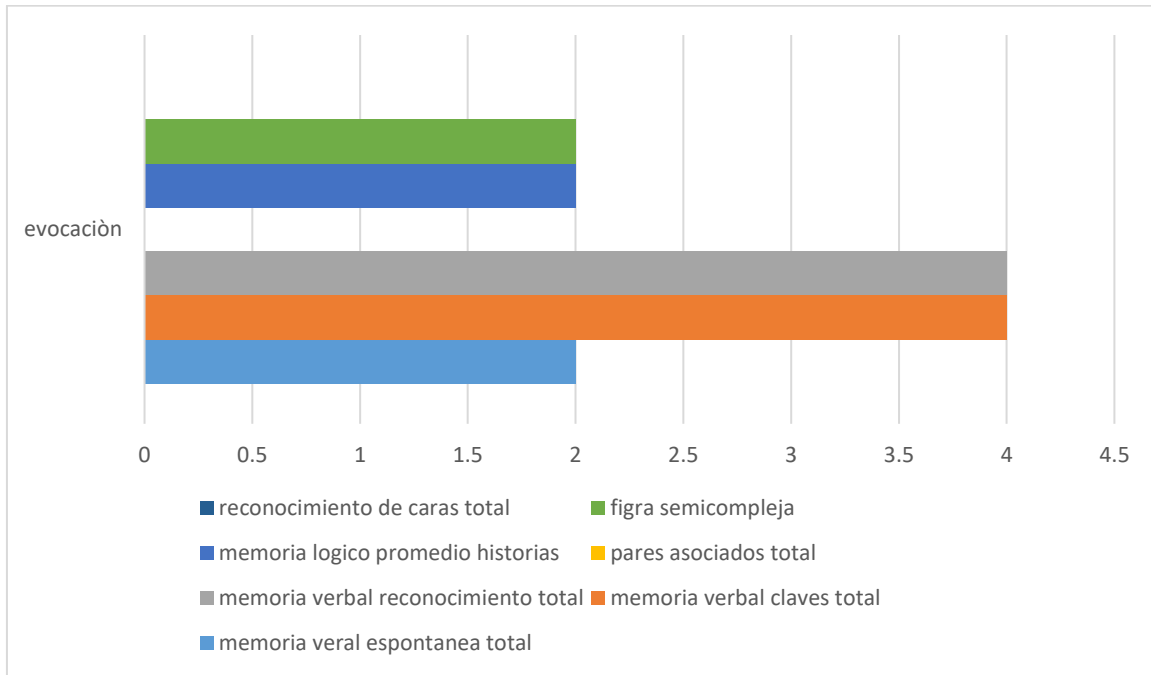


Se encuentra en grave puesto que obtuvo el puntaje más bajo no obstante contesto algunos rubros.

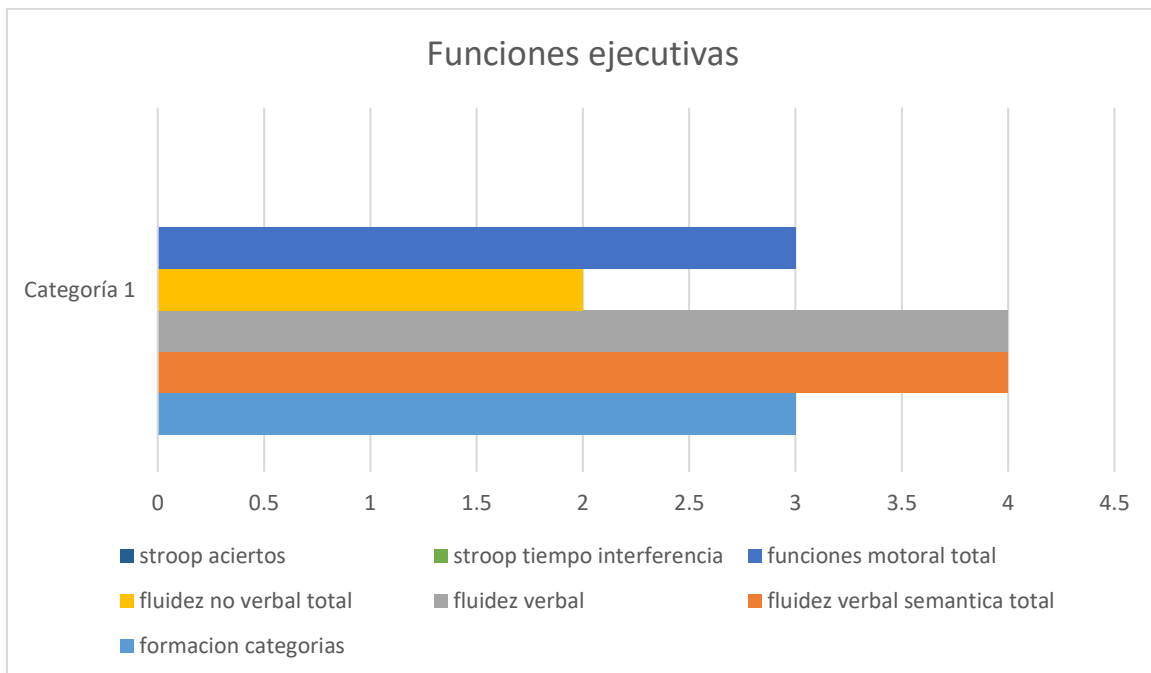


En el área de codificación la más alta fue en la copia de figura compleja y se encuentra en

NORMAL.



En evocación en memoria sale con un promedio de leve a moderado puesto que en pares asociados y reconocimiento de caras no tiene reconocimiento en ninguna.



En las áreas de stroop tiempo y aciertos no se categorizaron puesto que no contesto, se encuentra en el área de leve a moderado en la gravedad.

A continuación se presenta la prueba en todas las áreas de evaluación para observar la puntuación.

NEUROPSI ATENCIÓN Y MEMORIA
PERFIL GENERAL DE EJECUCIÓN

Dra. Feggy Ostrosky-Solis, Mtra. Ma. Esther Gómez, Dra. Esmeralda Matute, Dra. Mónica Rosselli, Dr. Alfredo Ardila y Dr. David Pineda

Rango de edad: 6 - 7 años

Nombre: _____ Edad: **7 años** Género: **Femenino**

Puntuación normalizada	Orientación		Atención y concentración				Memoria										Funciones ejecutivas				Puntuación normalizada									
	Tiempo	Espacio	Persona	Retención dígitos progresión	Cubos progresión	Detección visual aciertos	Detección de dígitos total	Serie sucesivas	Retención dígitos regresión	Cubos regresión	Curso de memoria volumen promedio	Palares asociados volumen promedio	Memoria Lógica promedio historías	Figura Semicompleja	Caras	Memoria verbal espontánea total	Memoria verbal claves total	Memoria verbal reconocimiento total	Palares asociados total	Memoria Lógica promedio historías		Figura Semicompleja	Reconocimiento de Caras total	Formación categorías	Fluidez verbal semántica total	Fluidez verbal fonológica total	Fluidez no verbal total	Funciones metacogn total	Stroop tiempo inferencia	Stroop aciertos inferencia
19				7a9	8,9	23,24			5a8	7a9	10a12		14a16		12	11,12		13a16				24,25	27	19,20	16a35					
18					7	21,22				6			12	13		10						23	25,26	18	14,15		10			
17						20																22	24	17	13		15,20			
16				6		18,19		3			8	11		12		9	9					20,21	22,23	15,16	12		25			
15					6	17			4				11		4							19	21	14	11		30,35			
14						15,16	10	2		5	7	10	10	11		8	8	12	11	10		17,18	19,20	12,13	10	20	40,45			
13	4			5		14	9					9	9		7	7		11	10	8	2	16	17,18	11	9	19	50,55			
12		2				12,13	8					8	8	10	3							15	16	9,10	8		60,65	35,36		
11	3				5	11		1	3	4	6	7	7		6	6	10	8	6	8		13,14	14,15	8	7	18	70,75	34		
10			1			9,10	7					6	6	9		5	5	9			1	12	13	7	6	17	75,80	30,31	10	
9	2			4		8	6				5	5	4	3	2	5	5	7	4	7		11	11,12	5,6	5	16	85,90	27a29	9	
8				4	4	6,7	5	0				5	4		1	4	4	8	6	3	6	0	9,10	10	4	4	95,100	25,26	8	
7						4,5	4		2	3	4	4	3		3	3	4	7	5		0	8	8,9	2,3	3	15	105	22a24	7	
6	1	1		3		3					3	2	7		2	3		6	4	2	5	6,7	7	1	2	14	110,115	20,21	6	
5					3	1,2	3				3	2	1		2	3		3	1	4		5	5,6	0	1	13	120,125	17a19	5	
4	0					0	2				2		0	6	0	1	0	2	0	0		4	4			4	130,135	15,16	4	
3							1					1			0	1	3		4	1		2,3	2,3			12	140,145	12a14	3	
2															0	0	0		0	0		1	0,1			11	150	10,11	2	
1															0	0	0		0	0		0				0a10	155	0a9	1	

Normal alto
 Normal
 Leve a moderado
 Severo

** RECIBIR FOTOCOPIA DE ESTE PERFIL PUEDE INCLUIR DATOS ALTERADOS

Se ve que la fortaleza en la niña es la memoria a corto plazo y mediante la copia por lo que se tendrá que trabajar a partir de la observación en momento y forma con ayuda de colores y actividades que generen un reto y llamen la atención de la menor.



Tabla donde se grafica todas las áreas juntas y el nivel en donde ubica en cada una de ellas.

Observaciones de la docente

La maestra de la menor menciona que pone atención a todos los estímulos, tiene siempre la necesidad de levantarse, no termina su trabajo y ya no sabe qué hacer, al inicio escolar se levantaba cada 10 min al baño, todo lo que implica concentración o requiere un esfuerzo busca no hacerlo.

Los siguientes puntos son las observaciones hechas por la maestra:

1. Falta en proceso de concentración.
2. Dificultad en el proceso lector.
3. No logra ubicación de letras
4. La atención va de 2 a 4 minutos de actividad,

5. Trabajo con algún compañero que la apoye en actividades en clase.
6. Hace mucho ruido y empieza a jugar.
7. No tiene autorregulación.
8. Tiene que fortalecer hábitos.
9. Tiene comportamientos de una niña más pequeña que su edad.
10. Sin embargo es una niña que la reconoce todo el grupo y la ayuda, hace caso a la maestra, tiene muy buena actitud, desea pertenecer al grupo.
11. Es una niña muy alegre.

