



**Universidad**  
Zaragoza

## **Trabajo Fin de Grado**

Intervención en lectoescritura dirigida a la  
población infantil por Trastorno por Déficit de  
Atención e Hiperactividad (TDAH)

Autor/es

Alba Cuenca López

Director/es

Alicia Monreal Bartolomé

Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación. Campus de Huesca.

2023-2024

## Índice

1. Justificación .....	6
2. Marco Teórico.....	7
2.1. Antecedentes y origen del TDAH .....	7
2.2. Concepción actual y características.....	9
2.3. Etiología del TDAH .....	14
2.4. Modelos explicativos .....	15
2.4.1. Los modelos de déficit único.....	16
2.4.2. Modelos cognitivos duales o de déficit múltiple.....	16
2.5. Evaluación y diagnóstico .....	17
2.6. Tratamientos del TDAH.....	19
2.6.1. Tratamiento farmacológico .....	20
2.6.2. Tratamiento psicológico .....	20
2.6.3. Intervención psicoeducativa .....	22
2.6.4. Otras intervenciones .....	25
3. Diseño de la propuesta de intervención .....	26
3.1. Objetivos .....	26
3.1.1. Objetivo general .....	26
3.1.2. Objetivos específicos .....	27
3.2. Justificación y planteamiento .....	27
3.3. Temporalización y contextualización.....	28
3.4. Áreas y competencias del currículum .....	29
3.5. Diseño de las actividades .....	31
3.6. Metodología .....	39
3.7. Evaluación.....	40
4. Pautas y orientaciones .....	41
4.1. Pautas para el profesorado.....	41
4.2. Pautas para las familias .....	42
5. Resultados esperados .....	43
6. Conclusiones .....	44
7. Referencias bibliográficas.....	47
Anexos .....	53

### **Aclaraciones en torno al uso inclusivo del lenguaje:**

Quiero recalcar que, aunque soy plenamente consciente de la recomendación sobre el uso inclusivo del lenguaje, he decidido utilizar durante todo mi trabajo el masculino genérico en aquellos términos donde se admiten ambos géneros. Con esto quiero lograr una mayor sencillez a la hora de leer mi trabajo. Por último, quiero indicar que siempre que ha sido posible he utilizado términos comunes (por ejemplo: infantes, alumnado, estudiantado).

**Intervención en lectoescritura dirigida a la población infantil por Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).**

**Literacy Intervention at children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)**

- Elaborado por Alba Cuenca López.
- Dirigido por Alicia Monreal Bartolomé.
- Presentado para su defensa en la convocatoria de junio del año 2024.
- Número de palabras (sin incluir anexos): 13960.

**Resumen**

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es cada vez más común en las aulas y en el mundo, aunque, como se puede ver en este trabajo, su concepción ha ido cambiando y evolucionando a lo largo de los años. Por ello, en el presente trabajo se llevó a cabo la elaboración de una propuesta de intervención en lectoescritura dirigida a la población infantil que padece TDAH. Respecto a los resultados finales, el resultado que se pretende alcanzar con esta intervención es que los alumnos con TDAH, mejoren su atención y desarrollos su total autonomía a la hora de realizar cualquier actividad, necesitando así la mínima ayuda o apoyo del docente.

**Palabras clave**

TDAH, educación infantil, propuesta de intervención, lectoescritura.

## **Abstract**

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is increasingly common in classrooms and in the world, although, as can be seen in this work, its conception has been changing and evolving over the years. For this reason, in this work the development of a literacy intervention proposal aimed at the child population suffering from ADHD was carried out. As for the final results, the result that is intended to be achieved with this intervention is that students with ADHD improve their attention and develop their total autonomy when carrying out any activity, thus needing minimal help or support from the teacher.

## **Keywords**

ADHD, early childhood education, intervention proposal, literacy.

## **1. JUSTIFICACIÓN**

El motivo de elección de este tema para la realización del presente Trabajo de Fin de Grado, es que como ya se ha comentado anteriormente, es un trastorno muy común en las aulas tanto de infantil como de primaria, a día de hoy. Aparte de comentar que ya he trabajado con niños que padecen este trastorno. Debido a esto, considero que es muy importante como futura docente conocer en profundidad este trastorno y poder así atender a los alumnos o alumnas que lo padeczan.

Este trabajo está compuesto por tres grandes bloques relacionados con dicho trastorno. En primer lugar, se elaborará un marco teórico que servirá para contextualizar y plasmar la historia y la concepción actual del TDAH, su etiología, los modelos explicativos existentes de este, la evaluación y los tratamientos utilizados para su abordaje. Este apartado tendrá como objetivo conocer con más profundidad el TDAH y poder realizar una detección a tiempo, ya que los docentes tenemos un papel fundamental en dicha identificación pues ya que somos uno de los entornos exteriores más cercanos al niño, y siendo así la educación un derecho fundamental y que todo el mundo tiene. Por último, es muy importante tener en cuenta una serie de factores y condicionantes a la hora de detectar este trastorno.

En segundo lugar, se planteará una intervención psicoeducativa en el área de la lectoescritura dirigida al alumnado del 3º ciclo de Infantil, en las cuales podrán participar niños con TDAH. Esta estará formada por una serie de sesiones con actividades, las cuales serán propuestas conociendo anteriormente todas las metodologías de aprendizaje y desarrollo de estos niños de la manera más óptima posible.

En tercer lugar, se expondrán una serie de conclusiones, las cuales serán extraídas del trabajo realizado gracias al marco teórico y la intervención psicoeducativa desarrollados.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes y origen del TDAH

A lo largo de los años, se puede decir que la nomenclatura del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) ha ido evolucionando y cambiando continuamente a lo largo de los años, siendo así objetivo de controversia y discusión entre diferentes psicólogos, médicos y otros profesionales de la rama de la salud y la educación.

En 1789, el médico Alexander Crichton describió sobre una inquietud mental, la cual hacía que los niños se moviesen más de lo habitual (Crichton, 1789). Este hace referencia a la incapacidad que tenían estos para mantener la atención en cualquier objeto con un grado necesario de constancia, lo cual coincidía con la definición de la descripción de este trastorno en el DSM-IV-TR. Por lo tanto, sugirió así una educación especial para ellos, aparte de pensar que este trastorno estaba presente desde el nacimiento o que se desarrollase después de algún accidente.

En 1902, es la primera vez que se reconoce el TDAH como un trastorno gracias a una observación del pediatra Frederick Georges Still con 43 niños que padecían una inatención y una hiperactividad excesiva, aparte de presentar comportamientos agresivos, esto lo denominó *defect of moral control* (defecto de control moral; Still, 1902). Las observaciones descritas en ese momento, se corroboraron pasados los años gracias a las diferentes observaciones y evaluaciones.

En 1907, apareció la definición de TDAH en el *Compendio de Psiquiatría Infantil* escrita por el autor Augusto Vidal Papera, el cual nombró una serie de síntomas que tenían que ver con las personas que lo padecían como eran; la presencia de alteraciones en las funciones cognitivas, afectivas y volitivas de los mismos (Vidal, 1908).

Entre los años 1917 y 1918 se notaron un aumento en el número de pacientes que presentaban síntomas de inatención e hiperactividad, se creyó que fue por la epidemia de la encefalitis, produciendo así daños en el encéfalo y dejando algunas secuelas neuropsiquiátricas. En el caso de los niños se describieron problemas de conducta, déficits cognitivos y problemas de aprendizaje e inestabilidad emocional. Por ello, se

siguió una división similar a la de Strauss y Lehtinen los cuales lo dividieron en causas, exógenas (alteraciones perinatales) y endógenas (alteraciones hereditarias).

En 1937 apareció un fármaco; la benzedrina, la cual la utilizaba Charles Bradley para disminuir las alteraciones en el comportamiento. Al principio, no tuvo efectividad, sin embargo, sí que funcionó en el rendimiento académico y conductual de algunos niños y niñas.

En el año 1957, Stella Chess una de las autoras más importantes de la época definió la hiperactividad como “un trastorno hipercinético” (Chess, 1960). Otro autor como fue Lauffer reconoció este trastorno, aunque sin ningún tipo de antecedente producido por una infección o un trauma.

En 1963, el *Grupo internacional de Estudio de la Neurología del Niño* de Oxford cree que un daño en el cerebro no puede aparecer solo por signos en las alteraciones del comportamiento por ello, propone el cambio del término por “disfunción cerebral mínima”, para realizar una clasificación de esto en grupos más pequeños, mejor identificados y más homogéneos.

En el año 1968, se encontró una definición oficial sobre el término de hiperactividad, esta apareció en la segunda edición del DSM, entendido como “reacción caracterizada por exceso de actividad, inquietud, distraibilidad, escasa capacidad de atención, especialmente en niños jóvenes, el trastorno suele disminuir en la adolescencia”.

En los trabajos de Virginia Douglas Wender, se impuso que los procesos básicos para entender la disfunción cerebral mínima eran; el control de impulsos y la atención sostenida. Gracias a esto, en 1980, el término de este trastorno será reemplazado por “Déficit de atención” ya fuese con o sin hiperactividad, contemplando así a la hiperactividad en un segundo lugar.

En el DSM-III se establecieron tres listas, las cuales separaban un mínimo número de síntomas, la edad y la duración de dichos síntomas. Mientras que, en el año 1987, se vuelve a publicar en el DSM-III-R, otro nombre para este trastorno, “trastorno por déficit de atención e hiperactividad”. Así, tras muchos cambios en el DSM-III, se

hicieron nuevos estudios, en los cuales investigaron los diferentes subtipos que se podían encontrar de este trastorno, llegando a la conclusión de que los niños sin o con hiperactividad se diferenciaban gracias a las alteraciones funcionales y comorbilidad, dando lugar a nuevos subtipos; inatento, combinado, hiperactivo-impulsivo.

En 1996, el DSM-IV, incluyó en este trastorno la alteración funcional en los problemas de aprendizaje como se había observado en los estudios realizados por Douglas. Esta edición consideró una gran aproximación de este trastorno a la definición que tenía la Organización Mundial de la Salud (OMS), sobre este trastorno en 1992. Por ello, en primer lugar, se mantuvo el término de “Trastornos Hipercinéticos” para que después el término de “Trastornos de la Actividad y la Atención” hiciese referencia al TDAH. Se dice que, para diagnosticar este trastorno se deben de producir algunos de los tres tipos de síntomas nombrados próximamente en al menos dos ambientes próximos al niño, como son; la familia, la escuela, el hogar, etcétera. Estos síntomas pueden aparecer también en el “Trastorno Hipercinético Disocial”, dando así confusión con el TDAH, excluyendo así la comorbilidad.

Aparte de los nombrados anteriormente, en los años 90, Barkley también propuso un modelo el cual se centraba en las disfunciones ejecutivas para así explicar los patrones de estos pacientes junto a sus déficits cognitivos. Las cinco funciones ejecutivas que forman el modelo son; la inhibición de respuesta, la memoria de trabajo verbal y la memoria de trabajo no verbal, la autorregulación de sus emociones y motivaciones y por último reconstitución, siendo esta la más importante para el desarrollo del trastorno.

En el año 2002, el Hospital Universitario Vall d'Hebron situado en Barcelona fue el primero en contar con un Programa de Integración para adultos con TDAH. Finalmente, la definición de este trastorno ha sufrido varios cambios, hasta que, actualmente según el DSM-5-TR, el TDAH se considera “un trastorno del neurodesarrollo definido por niveles problemáticos, de atención, desorganización y/o hiperactividad-impulsividad.”

## **2.2. Concepción actual y características**

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM-5-TR Asociación Americana Psicología, 2022) define el Trastorno de Atención e

Hiperactividad como un “trastorno del neurodesarrollo definido por niveles problemáticos, de atención, desorganización y/o hiperactividad-impulsividad.”

Tanto la inatención como la desorganización, implican la incapacidad de seguir según qué tareas pareciendo, así que las personas que lo padecen, en este caso hablamos de niños, no escuchan o pierden los materiales de manera continua, esto hace que sean incompatibles con la edad o su nivel de desarrollo. Respecto a la hiperactividad-impulsividad se puede decir, que implica una actividad excesiva, dando lugar a movimientos nerviosos, incapacidad para estar sentado, mezclar unas actividades con otras y una incapacidad para esperar las cuales son demasiado para la edad o el nivel de desarrollo.

En la infancia, este trastorno se solapa con otro tipo de trastornos, como son el trastorno negativista desafiante o el trastorno de conducta. El TDAH es un trastorno que suele persistir hasta la edad adulta, afectando así el funcionamiento social, ocupacional y académico.

Respecto a las características diagnósticas se puede decir que la principal de este trastorno es que sigue un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad/impulsividad que interfieren con el desarrollo o funcionamiento.

La falta de atención se manifiesta conductualmente en el TDAH como desviarse de la tarea, no seguir las instrucciones o terminar el trabajo o las tareas, tener dificultad para mantener el enfoque y ser desorganizado y no se puede atribuir al desafío o la falta de comprensión. La hiperactividad se refiere a la actividad motora excesiva (como un niño corriendo) cuando no es apropiado, o excesiva inquietud, golpeteo o locuacidad. La impulsividad se refiere a acciones apresuradas que ocurren en el momento sin premeditación, que pueden tener el potencial de dañar al individuo.

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, es un trastorno que comienza en la infancia, esto quiere decir, que antes de los 12 años de edad, los niños que lo padecen deben de presentar una serie de signos y síntomas. A su vez, no hay una edad específica que determine dicho trastorno. La confirmación de los síntomas sustanciales en los diferentes entornos normalmente no se puede realizar con precisión sin consultar con informantes que hayan observado al individuo en estos contextos. De manera

característica, los síntomas varían dependiendo del contexto dentro de cada entorno. Hay veces que estos síntomas no se producen o simplemente están ausentes, ya que el individuo es recompensado de una manera excesiva, por hacer algo de forma correcta, por ello los signos de indicio no se notan.

Según los criterios diagnósticos de este manual, los niños que padecen este trastorno deben de presentar al menos seis de los síntomas que se nombraran a continuación, y manteniéndolos durante al menos 6 meses, para ser diagnosticados. Estos deben de producirse en dos o más contextos. Por otro lado, todo esto afecta de manera negativa en las actividades sociales o académicas del niño.

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por la inatención y/o hiperactividad:

1. Inatención:

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

- f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
- g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).
- h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

2. Hiperactividad e impulsividad:

- a. Con frecuencia jueguea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
- c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)
- d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.

- e. Con frecuencia está "ocupado," actuando como si "lo impulsara un motor" (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está inquieto o que le resulta difícil seguirlos).
- f. Con frecuencia habla excesivamente.
- g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros, no respeta el turno de conversación).
- h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).
- i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades, puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).

Una vez se hayan observado todos estos síntomas se deben especificar los siguientes aspectos:

Tipos de presentación:

- Presentación combinada, ocurre si durante los últimos seis meses, el niño cumple el criterio de la inatención y el criterio de la hiperactividad/impulsividad.
- Presentación predominante con falta de atención, ocurre si durante los últimos seis meses, el niño cumple el criterio de inatención, pero no el de hiperactividad/impulsividad.
- Presentación predominante hiperactiva/impulsiva, ocurre si durante los últimos seis meses, el niño cumple el criterio de hiperactividad/impulsividad, pero no el de inatención.

Remisión:

- En remisión parcial: Cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses, y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral.

Tipos de gravedad:

- Leve: se producen pocos o ningún síntoma más que los necesarios para el diagnóstico, aparte de producir un mínimo rendimiento escolar y social.
- Moderado: se encuentran tanto síntomas graves como leves.
- Grave: existencia de síntomas graves, ya sean los de los criterios como otros del diagnóstico, aparte de producir un gran deterioro en las funciones sociales y el rendimiento escolar.

Por otro lado, podemos encontrar muchas características asociadas a este trastorno que no forman parte de la sintomatología. Las más comunes son; la irritabilidad, la baja tolerancia o resistencia a la frustración.

### **2.3. Etiología del TDAH**

Podríamos definir la etiología como el estudio de las causas sobre las cosas, haciendo referencia en este caso, los factores que causan el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad.

Tras muchas investigaciones y estudios, se puede decir que todavía no se conocen las causas de este trastorno, es decir, no se sabe de dónde proviene. Por ello, se habla de una gran diversidad de los factores de riesgo implicados en su etiología. Sin embargo, sí que se conocen algunos de los factores que influyen en su aparición, los cuales se nombraran a continuación (Quintero y Castaño de la Mota, 2005).

- Familiares y Genéticos: hasta un 80 % de las personas tienen por lo menos, un familiar de primer grado con estos síntomas. También pueden aparecer después de observar una concordancia en gemelos monocigóticos.

- Pre y Perinatales: maternidad a edades muy tempranas, mala salud durante el embarazo, exposición fetal a tóxicos como; el tabaco, el alcohol, la heroína, deficiencias nutricionales, infecciones, daños cerebrales durante el periodo neonatal, alteraciones neurofisiológicas y hemorragias interventriculares.
- Ambientales: una dinámica familiar alterada, dificultades en el entorno, ya sea familiar o escolar, aparte de las relaciones o amistades de dicho individuo. Todo esto conlleva a producirle al niño alteraciones psicosociales:
  - a. niños que viven en malas condiciones o sufren, carencias emocionales, durante un tiempo largo.
  - b. estrés psíquico que desencadena en ansiedad.

En la actualidad, el TDAH es un trastorno del neurodesarrollo, que se da especialmente en niños prematuros, ya que son los más propensos a presentarlo.

En los últimos años, muchas investigaciones destacan muchos factores que se producen en la infancia para padecer este trastorno, especialmente haciendo referencia a la dinámica familiar ya sea por ausencia de los progenitores, una enfermedad, los cambios sociales y culturales que experimenta el niño, etcétera.

#### **2.4. Modelos explicativos**

Como ya se ha dicho anteriormente, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad es un trastorno del neurodesarrollo, el cual está caracterizado por las alteraciones o retrasos en el desarrollo de las funciones que tienen que ver con el sistema nervioso.

Las alteraciones producidas en algunas de las áreas madurativas del cerebro dan como resultado alteraciones en las áreas cognitivas provocando así varios síntomas (Artiaga y Narbona, 2011.) Los síntomas del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) son la expresión conductual y observable de un trastorno en el funcionamiento cognitivo (Artigas, 2009).

Los modelos basados en la idea cognitiva plantean que las alteraciones neurofuncionales, se convertirán en una desregulación del comportamiento. Es decir,

esta desregulación de los procesos cognitivos se desarrollará como un déficit en algunas de las funciones ejecutivas.

En la actualidad, se encuentran dos modelos.

#### *2.4.1. Los modelos de déficit único*

Estos modelos consideran que tienen un funcionamiento improductivo en algún área cognitiva, dando lugar así a alteraciones en la conducta y la cognición.

Dentro de estos modelos se encuentran:

- El Modelo Motivacional de; Aversión a la Demora de Sonuga- Barke: las personas que padecen este trastorno, deben de tener una gratificación inmediata, también tienen dificultad para trabajar durante largos períodos temporales. Estas acciones están relacionadas con la baja tolerancia a la frustración cuando no se satisfacen sus necesidades y deseos en el momento (Sonuga-Barke et al., 1992).
- El Modelo de Inhibición Conductual de Barkley: la capacidad para regular la conducta está guiada por las Funciones ejecutivas, es decir, el conjunto de habilidades cognitivas necesarias capaces de orientar nuestra conducta hacia un objetivo. Según este modelo un déficit en la función que evita dar una respuesta inmediata ante un estímulo sin antes haber analizado las consecuencias, las alternativas y los riesgos y beneficios, repercuten negativamente en las funciones ejecutivas.
- El Modelo de Regulación del estado de Sergeant: Este modelo requiere de la activación (motivación) y movilización de "energía mental" (esfuerzo) con el fin de adecuar las energías cognitivas a las demandas y los objetivos

#### *2.4.2. Modelos cognitivos duales o de déficit múltiple*

Estos modelos describirían que las dificultades y las manifestaciones del TDAH implicaría la interacción de varios aspectos cognitivos sin un origen único.

Dentro de este modelo se encuentran:

- El Modelo Cognitivo Energético: el funcionamiento cognitivo viene determinado por un fallo en los distintos niveles: 1)- nivel computacional de los mecanismos atencionales (implica codificación, búsqueda y organización motora), 2.)- nivel del estado; comprende mecanismos de energía (alerta, esfuerzo y activación), 3)- nivel de alerta; es el estado de excitabilidad o pasividad para actuar y dar respuesta, el cual, está influido por la intensidad del estímulo y por el carácter novedoso, y por último, el 4)- nivel de gestión/funcionamiento ejecutivo.
- El Modelo dual de Sonuga-Barke: amplía la idea del Modelo explicativo de aversión a la demora, lo que provocaría la respuesta impulsiva y la búsqueda de la recompensa inmediata.

## **2.5. Evaluación y diagnóstico**

La Organización Mundial de la Salud (OMS,1993), según se declara en la CIE-10, considera síntomas básicos del TDAH; el déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad, mientras que el DSM-5 propone la posibilidad de diagnosticar dos tipos de TDAH, por un lado, el TDAH con déficit de atención y otro TDAH que se basa en la hiperactividad/impulsividad (APA, 2013). Por ello, para medir la hiperactividad se utilizan instrumentos, mientras que para medir los elementos que se atribuyen a la inatención se usan escalas diferenciadas, como se da en el caso del Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes (BASC), donde se determina la hiperactividad como “una tendencia a ser excesivamente activo, a ejecutar precipitadamente los trabajos y actividades y a actuar sin pensar” (Reynold y Kamphaus, 2004).

A día de hoy, el TDAH puede estar sobrediagnosticado o muy infradiagnosticado ya que la toma de decisiones en la zona de sano-enfermo responde a las expectativas y valores observadas por las familias, los docentes, los médicos y el entorno que rodea al niño. En culturas como la occidental, los padres se frustran ante el fracaso académico de los hijos ya que la sociedad solo se basa en el éxito (Campayo, Alda-Díez y Gascón, 2012). Como ya se ha dicho anteriormente, la manera en la que afecte a los niños el TDAH, depende del entorno que lo rodea y del contexto social en el que viva, por ello

tanto los síntomas como el comportamiento varía de unos niños a otros, dependiendo así de los valores culturales de cada uno. Entre estos factores culturales se hace referencia a las expectativas de la familia y los docentes, la tolerancia hacia los síntomas y la cultura del medicamento (Infac, 2013).

En la actualidad, no se disponen de técnicas analíticas y/o pruebas de imagen, las cuales permitan un diagnóstico objetivo de este trastorno, por lo que el abordaje diagnóstico es principalmente clínico, apoyándose así en una evaluación amplia de los síntomas, la presencia evolutiva y la disfunción que ocasionan.

Las escalas que se utilizan para abordar la evaluación de los síntomas son:

- ADHD Rating Scale-IV (DuPaul, et al., 1998). Se orienta gracias a los criterios del DSM-IV y valora la severidad de cada uno de los síntomas (18 ítems). Es una de las escalas más utilizadas al presentar distintos apartados; edad, género y ambiente, esta es evaluada por un clínico.
- Escala Conners para Padres (Conners, 1994). Esta escala está formada por 93 preguntas reagrupadas en 8 factores: 1. Alteraciones de conducta, 2. Miedo, 3. Ansiedad, 4. Inquietud-impulsividad, 5. Inmadurez-problemas de aprendizaje, 6. Problemas psicosomáticos, 7. Obsesión y 8. Conductas antisociales e hiperactividad. Mientras que, en su forma reducida, las 48 preguntas se agrupan en 5 factores: 1. Problemas de conducta, 2. Problemas de aprendizaje, 3. Quejas psicosomáticas, 4. Impulsividad-hiperactividad y 5. Ansiedad.
- Escala Conners para Profesores (Conners, 1994). Esta escala es mucho más breve que la de los padres y está formada por 39 preguntas agrupadas en 6 factores: 1. Hiperactividad, 2. Problemas de conducta, 3. Labilidad emocional, 4. Ansiedad-pasividad, 5. Conducta antisocial y 6. Dificultades en el sueño. Sin embargo, en la versión abreviada, aparecen 28 preguntas, las cuales están divididas en 3 factores; 1. Problemas de conducta, 2. Hiperactividad y 3. Desatención-pasividad.

- SNAP-IV (Swanson, et al., 1983). Es una escala autoaplicada que debe ser cumplimentada por padres y profesores entre 3 y 17 años. Esta escala, valora la presencia y la severidad de algunas conductas indicadoras de TDAH.

Sin embargo, todas estas escalas no tienen valor diagnóstico por sí mismas, ya que pueden explorar la percepción y disfunción de los síntomas de TDAH en diferentes ámbitos del niño.

Las más conocidas son; las del Manual Diagnóstico Estadístico (DSM 5-TR) de la Asociación Americana de Psiquiatría, y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la OMS. La controversia entre los criterios de estos dos ha sido señalada por algunos autores como una de las principales causas a la hora de las diferencias en los datos epidemiológicos (Biederman y Faraone, 2005).

## **2.6. Tratamientos del TDAH**

En la actualidad, el tratamiento del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad se plantea desde un enfoque multimodal y multidisciplinar. Desde edades muy tempranas es necesario intervenir y atender los diferentes aspectos sociales, cognitivos, educativos, familiares, conductuales y afectivos que el niño presenta, ya que esto puede afectar en las áreas de este e incrementar una negatividad en el desarrollo íntegro del individuo.

El tratamiento de este trastorno debe ser diseñado de manera individual por parte de uno o varios especialistas, centrándose así en las características, la sintomatología y las circunstancias que rodean al paciente, en este caso al niño y a su familia (Soutullo y Díez, 2007).

El tratamiento multimodal del TDAH tiene como objetivo la mejora de los síntomas nucleares de dicho trastorno, aparte de reducir la presentación de nuevos problemas que tengan que ver con este, favorecer la adaptación del individuo afectado al entorno que lo rodea (la familia, el hogar, la escuela), mejorar en el ámbito académico y social, desarrollar competencias y estrategias básicas para su desarrollo de manera íntegra y positiva. (Soutullo y Díez, 2007).

### *2.6.1. Tratamiento farmacológico*

El tratamiento farmacológico sirve para que se reduzcan los síntomas del paciente, en este caso del niño. El estudio MTA, mostró que son mejores las intervenciones farmacológicas que las intervenciones psicosociales, ya que estas últimas no se utiliza ningún tipo de medicación. El “Metilfenidato de liberación prolongada con tecnología osmótica”, es una medicación que se empezó a comercializar en España en el año 2004. Este es un fármaco psicoestimulante que tiene una respuesta rápida hacia los síntomas (Administración de Alimentos y Medicamentos, FDA).

Por otro lado, también existen otros psicofármacos, aunque en este caso no estimulantes como es la “Atomoxetina”, la cual no funciona tan rápidamente como el nombrado anteriormente (Young et al., 2013).

### *2.6.2. Tratamiento psicológico*

Se pueden encontrar diferentes tipos de terapia a la hora de hablar de tratamiento psicológico.

En primer lugar, cómo dice la Fundación ADANA, el entrenamiento para padres, ya que es primordial que las familias se involucren en este proceso, son muy importantes para el niño, ya que son el entorno más cercano a él. Este tratamiento, atiende a los aspectos evolutivos del niño; emocionales, sociales, cognitivos, conductuales y afectivos. Esto se consigue gracias a técnicas para modificar comportamientos negativos y mejorar en áreas cognitivas o neuropsicológicas, tratando así problemas emocionales y aprendiendo pautas y estrategias para desarrollarse de manera autónoma e íntegra.

Algunos de los tratamientos psicoterapéuticos más conocidos para tratar el TDAH son:

#### **- TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL:**

Este enfoque terapéutico es el más efectivo a la hora de reducir los comportamientos negativos de los niños que padecen este trastorno, a su vez, también ha servido para aumentar los comportamientos autocontrolados de estos (Soutullo y Díez, 2007).

Para que este funcione, es muy importante que las personas que conviven con el niño, se impliquen tanto en la educación, como en las directrices en el hogar. Los elementos que se llevan a cabo en esta terapia, son los siguientes:

- Desarrollo y orientación personal.
- Resolución de conflictos.
- Entrenamiento en autoinstrucciones, en habilidades y en estrategias internas.
- Organización y planificación de la conducta en función de objetivos y metas.
- Autorregulación emocional.

- **TERAPIA DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA:**

Esta terapia se desarrolla gracias a los condicionamientos operantes de Skinner, lo que está relacionado con el uso de reforzadores y castigos para mejorar la extinción de conductas negativas y la aparición, mantenimiento o aumento de conductas positivas. Los aspectos que trabaja son:

- Normas y límites.
- Entrenamientos en hábitos y conductas positivas.
- Modificación de problemas de conducta y conductas negativas.

- **ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES:**

El área social es una de las áreas más importantes en el desarrollo del niño, aparte de ser una de las más problemáticas. Por ello, se debe de enseñar desde edades muy tempranas una serie de habilidades, estrategias y pautas para relacionarse de manera positiva y que esto no afecte al niño, provocándole así aislamiento social, baja autoestima y un rechazo de los demás. En este entrenamiento se trabaja lo siguiente:

- Comunicación emocional y autoestima.
- Entrenamiento asertivo.
- Reglas y habilidades respecto a la competencia social.

- Entrenamiento en conductas prosociales.

#### *2.6.3. Intervención psicoeducativa*

Como ya se ha explicado anteriormente, el TDAH es un trastorno de base neurobiológica, el cual depende de la intervención educativa, este programa de intervención se debe desarrollar en tres bloques; el entrenamiento cognitivo-comportamental y socioemocional diseñado a partir del perfil del sujeto y adaptado al marco escolar y familiar; programas de formación y entrenamiento a los profesores y por último, programas de formación, entrenamiento y terapia, si fuera necesaria, a los padres.

#### **EL ENTRENAMIENTO COGNITIVO COMPORTAMENTAL Y SOCIOEMOCIONAL A PARTIR DEL SUJETO:**

Tanto en la actualidad como en el marco de los tratamientos cognitivo-conductuales, se han elaborado una serie de programas de tratamiento que han obtenido muy buenos resultados dirigidos a niños con TDAH en Educación Infantil (Miranda et al, 1999). En esta serie de programas, se dan varias indicaciones a los docentes sobre las autoinstrucciones, el autorrefuerzo positivo colectivo e individual, varias técnicas de evaluación, entrenamiento en problemas cognitivos y académicos, técnicas para la mejora del autocontrol (Técnica de la tortuga) y la autoestima (encargado), etcétera. De esto se hablará en la metodología propuesta para la intervención psicoeducativa.

#### **PROGRAMAS DE FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA DOCENTES:**

Como ya se ha visto anteriormente, la mayoría de los niños que padecen este trastorno tienen dificultades en el entorno escolar, ya que su rendimiento académico es muy bajo, lo que hace que su adaptación sea muy complicada por la poca comprensión y sus comportamientos. Por ello, los maestros deben de adaptar tanto el currículum como ellos mismos a las necesidades específicas del niño.

##### **1. Optimizar el funcionamiento general del aula:**

- Percibiendo anteriormente los problemas más frecuentes de estos alumnos.

2. Realizar modificaciones en la clase, para así poder favorecer el aprendizaje del alumnado. Por ejemplo; organización de los pupitres en el aula, cuadernos en lugar de hojas sueltas para los menos organizados, etcétera.
3. Mejorar el conocimiento sobre los niños con TDAH de su grupo.
4. Realizar adaptaciones metodológicas en función de las necesidades de cada niño con TDAH.
  - Individualizar el proceso de enseñanza y aprendizaje, desarrollando estrategias para flexibilizar las tareas, los deberes, etcétera.
  - Incluir medidas en las explicaciones para que el alumno con TDAH, no pierda información.
  - Revisar el modo de evaluación del niño y realizar adaptaciones a sus necesidades. Por ejemplo, evaluar al niño de forma oral, conversar sobre su nota, entrenar faltas de ortografía individualmente, etcétera
  - Supervisar de manera continua el trabajo de este alumno.
  - Coordinarse con los especialistas del niño para desarrollar los objetivos terapéuticos de manera positiva y flexibilizar las tareas.
  - Adaptar el protocolo de castigos, tomando así medidas educativas efectivas.
5. Mejorar la detección del TDAH en el aula: identificar la sintomatología, los problemas de conducta y dificultades del aprendizaje para así desarrollar estrategias de observación y recogida de información.
6. Reducir el impacto de la desadaptación mejorando la integración social del alumno.
  - Moderar el impacto negativo del comportamiento impulsivo del alumno. Por ejemplo, evitando confrontaciones alumno-profesor en el aula y derivando la conversación a una charla privada con tiempo para que el alumno recupere la calma.

- Formarse para saber cómo transmitir al alumnado la importancia de valorar el progreso personal, evitando comparaciones.
  - Remarcar las buenas cualidades positivas y fomentar sus potencialidades.
7. Mejorar la coordinación con la familia, es decir, informar a los padres de todo.
8. Desarrollar en el aula habilidades como son la organización y la gestión del funcionamiento escolar. Por ejemplo, hacerlo delegado, planificar un tiempo para que el niño pueda interiorizar las rutinas, tiempo de descanso, etcétera.
9. Informar sobre la evolución de la sintomatología.

Para conseguir todos estos objetivos, el profesor necesita: apoyo y reconocimiento institucional, información y formación sobre el trastorno, información sobre el niño, los recursos necesarios, la cooperación de la familia, el reconocimiento a su esfuerzo y dedicación por parte de los padres y de sus superiores.

#### PROGRAMAS DE FORMACIÓN, ENTRENAMIENTO Y/O TERAPIA PARA FAMILIAS:

En la actualidad, se culpabiliza muchas veces a los padres que tienen hijos con TDAH, acusándolos de que no saben cuidarlos, no se preocupan por ellos y muchas más críticas. Se debe de recalcar que el TDAH combinado es el más complicado ya que exige a los padres una formación en el control de conducta, aparte de necesitar más constancia y esfuerzo hacia sus hijos. Por ello, en el mercado literario podemos encontrar una gran cantidad de libros de autoayuda que apoyan a las familias en su labor.

La intervención en niños con TDAH en el marco familiar debe incluir el entrenamiento y formación para todas las personas clave en su educación, aparte de que se debe de realizar como se pida en cada momento.

El libro “TDAH: elegir colegio, afrontar los deberes y prevenir el fracaso escolar” ayuda a los padres a comprender los problemas de los niños con TDAH en relación al colegio, la importancia y el modo de coordinarse con los profesores; a desarrollar habilidades para afrontar diferentes dificultades de comunicación con ellos y para la

toma de decisiones educativas, también se les enseña a mejorar en actividades escolares para que sus hijos no fracasen en el colegio.

#### 2.6.4. *Otras intervenciones*

Esta serie de tratamientos serán llevados a cabo en alguna de las sesiones con actividades de la intervención psicoeducativa, la cual será explicada posteriormente.

##### MINDFULNESS:

El concepto de *mindfulness* se define como “La conciencia que surge de prestar atención, de forma intencional, a la experiencia tal y como es en el momento presente, sin juzgarla, sin evaluarla y sin reaccionar a ella” (Baer, 2003).

Para realizar de manera adecuada Mindfulness se debe de tener en cuenta:

- El contexto y el tiempo.
- Equilibrio entre la repetición y la variedad.
- Lenguaje sencillo y adaptado.
- Juego.

Realizaremos diferentes actividades que se dividirán en:

1. Respiración y *Body Scan* o escaneo corporal (general o salteado).
2. Movimientos corporales (yoga, caricias, balanceo).
3. Atención a los sentidos: tiene que ver con los sentidos, para cada sentido se hace una práctica diferente; oler algo, escuchar un sonido, tocar algo, y así hasta acabar con todos los sentidos.

##### MUSICOTERAPIA:

En 1882, Francisco Vidal y Careta, médico y catedrático de la Universidad de Madrid, realiza la primera tesis musical, la cual compaginaba música y medicina.

En ella se sacaron las siguientes conclusiones:

- Produce descanso y distrae.
- Sirve como elemento social.
- Moraliza al individuo.
- Combate estados de excitación o nerviosismo (POCH, II, 1999).

La definición de musicoterapia es la siguiente “una psicoterapia que utiliza el sonido, la música y los instrumentos corporo-sonoro-musicales para establecer una relación entre el musicoterapeuta y paciente o grupos de pacientes, permitiendo a través de ella mejorar la calidad de vida y recuperando y rehabilitando al paciente para la sociedad” (Benenzon, 1981).

#### ACTIVIDAD FÍSICA:

Según García y Magaz (2003), la práctica de actividad física deportiva reduce la hiperactividad de las personas. Aparte de esto, el deporte también es un agente socializador y ayuda a mejorar los comportamientos, el autocontrol y canalizar la agresividad.

En la mayoría de los casos, los niños que padecen TDAH, presentan problemas de afectividad (trastornos del estado de ánimo o ansiedad), trastornos del aprendizaje o de la conducta y fracaso escolar y de una manera cada vez más significativa (Artigas-Pallares, 2003).

### 3. DISEÑO DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

#### 3.1. Objetivos

##### 3.1.1. *Objetivo general*

El objetivo principal es elaborar un diseño de intervención con el fin de dar respuesta a las necesidades del alumnado con TDAH en Educación Infantil y favorecer su aprendizaje, en este caso en el bloque de la lectoescritura.

### *3.1.2. Objetivos específicos*

Los objetivos específicos que se quieren llevar a cabo en esta intervención son los siguientes:

1. Comenzar a tener conocimiento y usar la lengua escrita.
2. Desarrollar la grafía (fonemas, palabras y frases).
3. Leer, interpretar y producir imágenes como forma de comunicación.
4. Comprender, ordenar y reproducir textos tradicionales (cuentos o canciones).
5. Iniciarse en el aprendizaje de la lectura.
6. Comprender, utilizar y expresarse adecuadamente a través del lenguaje oral.
7. Descubrir y utilizar el lenguaje escrito como vehículo de aprendizaje para la comprensión y dominio de la realidad que le rodea.
8. Relacionar conceptos.
9. Desarrollar la escucha activa.
10. Desarrollar el lenguaje oral.

### **3.2. Justificación y planteamiento**

La elección del tema de la lectoescritura, se debe a que es un bloque muy importante tanto en la etapa de Educación Infantil como en las próximas etapas de los niños. En este bloque, el alumnado necesita desarrollar tanto sus habilidades cognitivas como sus habilidades motoras y lingüísticas, ya que son algo primordial para su desarrollo como seres humanos.

Se han preparado este tipo de actividades ya que, gracias a ellas, el alumnado va a poder desarrollarse de manera íntegra y autónoma. Estas actividades se realizarán durante el 2º trimestre, ya que es el más corto y así los avances de estos niños se podrán evaluar a final de curso. Esta intervención consta de 12 sesiones, las cuales durarán 45 minutos y están formadas por 2 o más actividades, en las que el alumnado desarrollará

sus habilidades cognitivas, aparte de aprender a controlar sus impulsos, mantener la atención y relacionarse con el resto de alumnos. Estos alumnos con TDAH, aprenderán los mismos contenidos que el resto de alumnos, aunque teniendo una ayuda en las fichas o proponiéndoles otras metodologías que pueden realizarse con el resto. Estas actividades se realizarán en los distintos espacios del aula, de manera grupal o individual siempre con la supervisión de la maestra. Por otra parte, el alumnado con TDAH, tendrá una serie de sesiones en un aula de apoyo con otro profesor para realizar con él estas actividades.

Respecto a la metodología que se va a seguir es el trabajo cooperativo utilizando muchos materiales visuales y objetos manipulativos para que el alumnado reflexione sobre lo que están haciendo y aprendiendo, ya que muchos contenidos van a tener que ver con el entorno que los rodea. Según cómo los maestros vean al alumno, irán aumentando las dificultades de las tareas, gracias a variaciones en los contenidos. Es muy importante la comunicación y la coordinación entre el tutor y el docente de apoyo, para ver la evolución del niño en todas sus facetas y ambientes. También es muy importante que la familia refuerce al alumno en casa, para que este experimente avances positivos.

A la hora de hablar de la evaluación, la tutora y el docente de apoyo apuntarán los avances y las dificultades del niño para que al final saquen conclusiones.

### **3.3. Temporalización y contextualización**

Durante el segundo trimestre se realizarían 12 sesiones, es decir, 4 sesiones por mes. En el primer y tercer mes, se realizarían las semanas del principio y mitad de mes, mientras que el segundo mes a mitad y a final de mes. Estas sesiones se realizarán alternando los días (lunes y miércoles o martes y jueves) e incluyéndose en la Unidad Didáctica de la programación. De esta manera se podrá observar cómo trabajan mejor los niños, si haciendo más actividades por semana o menos y si el comienzo y el final de mes repercute de manera positiva o negativa. El tiempo de las sesiones será siempre de unos 45 minutos, variando según las actividades, ya que unas pueden tener más dificultades que otras o resultar más divertidas.

Esto solo será el inicio de la intervención, ya que no dará tiempo a más. Debo decir que durante el resto de curso se realizarán más actividades relacionadas con la lectoescritura. De esta manera, se observarán los resultados obtenidos al acabar el curso.

A la hora de hablar del contexto, podemos decir que tendremos dos contextos, para así finalmente compararlos y ver en qué entorno los alumnos con TDAH, trabajan mejor. En primer lugar, nos encontramos con una clase de 3º de Infantil, es decir de 5 años, formada por 25 alumnos, en los que se encuentran 2 alumnos con TDAH. Estas sesiones serán grupales, es decir, las realizarán todos juntos en el aula ordinaria, aunque sí que se tendrán en cuenta las características de los alumnos con TDAH y se les adaptarán las actividades a sus necesidades. En segundo lugar, las clases de apoyo para los alumnos con TDAH, donde trabajan estos dos alumnos individualmente con otro profesor y en otro ambiente, siguiendo siempre las actividades que les tocasen ese día.

### **3.4. Áreas y competencias del currículum**

Para realizar estas sesiones se tendrá en cuenta la ORDEN ECD/853/2022, de 13 de junio, por la que se aprueban el currículo y las características de la evaluación de la Educación Infantil y se autoriza su aplicación en los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Aragón.

En primer lugar, el Área 1. Crecimiento en armonía, la cual se basa en las dimensiones personales y sociales del alumnado, desarrollándose así de manera progresiva en un entorno físico y natural utilizando distintos lenguajes y representaciones de lo que les rodea.

Las competencias específicas que se van a desarrollar en estas sesiones son las siguientes:

- CA.1. Progresar en el conocimiento y control de su cuerpo y en la adquisición de distintas estrategias, adecuando sus acciones a la realidad del entorno de una manera segura, para construir una autoimagen ajustada y positiva.
- CA.2. Reconocer, manifestar y regular progresivamente sus emociones expresando necesidades y sentimientos para lograr bienestar emocional y seguridad afectiva.

- CA.3. Adoptar modelos, normas y hábitos, desarrollando la confianza en sus posibilidades y sentimientos de logro, para promover un estilo de vida saludable y socialmente responsable.
- CA.4. Establecer interacciones sociales en condiciones de igualdad, valorando la importancia de la amistad, el respeto y la empatía, para construir su propia identidad basada en valores democráticos y de respeto a los derechos humanos.

En segundo lugar, el Área 2. Descubrimiento y exploración del entorno, la cual pretende mejorar el proceso de observación descubrimiento y exploración de componentes naturales y físicos y socioculturales para que el alumnado desarrolle así una serie de actitudes respetuosas hacia el entorno que lo rodea.

Las competencias específicas que se van a desarrollar en estas sesiones son las siguientes:

- DEE.1. Identificar las características de materiales, objetos y colecciones y establecer relaciones entre ellos, mediante la exploración, la manipulación sensorial y el manejo de herramientas sencillas para descubrir y crear una idea cada vez más compleja del mundo desarrollando las destrezas lógico-matemáticas.
- DEE.2. Desarrollar, de manera progresiva, los procedimientos del método científico y las destrezas del pensamiento computacional, a través de procesos de observación y manipulación de objetos, para iniciarse en la interpretación del entorno y responder de forma creativa a las situaciones y retos que se plantean.

En tercer lugar, el Área 3. Comunicación y representación de la realidad, la cual aborda diferentes formas de expresión y lenguajes para desarrollar al alumnado de manera íntegra y que pueda comunicarse a través de diferentes formas para relacionarse con el resto y construirse a sí mismo.

Las competencias específicas que se van a desarrollar en estas sesiones son las siguientes:

- CRR.1. Manifestar interés por interactuar en situaciones cotidianas a través de la exploración y el uso de su repertorio comunicativo, para expresar sus necesidades e intenciones y para responder a las diferentes oportunidades o situaciones que nos brinda el entorno.
- CRR.2. Interpretar y comprender mensajes y representaciones apoyándose en conocimientos y recursos de su propia experiencia para responder a las demandas del entorno y construir nuevos aprendizajes.
- CRR.3. Producir mensajes de manera eficaz, personal y creativa utilizando diferentes lenguajes, descubriendo los códigos de cada uno de ellos y explorando sus posibilidades expresivas para responder a diferentes necesidades comunicativas.
- CRR.4. Participar por iniciativa propia en actividades relacionadas con textos escritos, mostrando interés y curiosidad por comprender su funcionalidad y algunas de sus características.

### **3.5. Diseño de las actividades**

Todas estas sesiones estarán supervisadas por la maestra y adaptadas a la edad y características del alumnado. Estas actividades, como he comentado anteriormente, se realizarán en dos contextos, en el aula ordinaria (mesas o asamblea) y en el aula de apoyo (mesa). Siempre se tendrá en cuenta el tipo de actividad, ya que hay actividades individuales y grupales. Debo de recalcar que entre actividad y actividad habrá pequeños descansos de 5 minutos, especialmente para los alumnos con TDAH.

#### **SESIÓN 1:**

##### **1. Empareja los dibujos con la letra**

Esta actividad será grupal, por ello se realizará en la asamblea. Consistirá en clasificar varias tarjetas (con dibujos) con la letra correspondiente. Por ejemplo, un alumno cojerá una tarjeta y dirá lo que aparece “yo tengo una abeja” y lo colocará en la columna de la letra A. Para ello, se utilizará una cartulina grande dividida en columnas, la cual contendrá algunas letras, ya sean vocales o consonantes y las tarjetas con

dibujos. El principal objetivo de esto es que el alumnado diferencie tanto los sonidos como la grafía de las letras, también desarrollará su paciencia a la hora de esperar para colocar la tarjeta en la columna correspondiente. Otra de las cosas que el alumnado deberá tener en cuenta, es su atención, ya que puede haber dibujos que no correspondan a ninguna columna, simplemente porque la letra no este (ver en Anexo 1).

## 2. Cada oveja con su pareja

En esta actividad se pondrán una serie de dibujos para que el alumnado los relacione entre sí, una vez hayan encontrado la pareja los rodearán del mismo color. Por ejemplo; un bombero y la manguera rodeándolos de rojo. Los materiales que se utilizarán serán la propia ficha y lápices de colores. El principal objetivo es la relación entre conceptos y el trabajo de la atención (ver en Anexo 1).

## 3. Relación de lugares y personas

En esta actividad, el alumnado deberá de situar correctamente a la persona con el edificio en el que trabajen. Por ejemplo; el médico en el hospital. Se usará un mural enorme en el que aparecerán diferentes edificios y tarjetas con diferentes profesionales. El objetivo que se pretende desarrollar es la atención y la relación entre dos conceptos iguales. En este caso, gracias a esto, el alumnado aprenderá nuevo vocabulario y conceptos sobre las distintas profesiones.

## SESIÓN 2:

### 1. Inventamos una historia

En esta actividad, el alumnado deberá de trabajar conjuntamente para que entre todos inventen una historia, a raíz de lo que vayan diciendo sus compañeros. De esta manera se “obligará” al alumnado a estar atento para no perder el hilo de la historia, aparte de desarrollar su imaginación, su memoria y comprensión lo que dice el resto.

En esta actividad también se podría incluir la dramatización, de este modo se pediría al alumnado que representasen lo que están diciendo haciéndolo así más divertido para ellos e incluyendo el movimiento.

## 2. Teléfono roto

En esta actividad, el alumnado se pondrá en varios grupos para que sea más fácil. Uno de ellos deberá de decir una palabra en el oído de otro, y así pasándola sucesivamente hasta el último, el cual la deberá decir en voz alta. Gracias a esto, el alumnado desarrollará la escucha, la memoria y la atención. Aparte de aprender a respetar el turno a la hora de pasar la palabra a otro compañero.

## 3. Memory

En esta actividad se tendrán diferentes tarjetas con palabras, letras, o lo que la profesora decida para que el alumnado haga parejas. Se utilizarán diferentes tarjetas plastificadas, las cuales contendrán letras mayúsculas o minúsculas o simplemente palabras escritas. El principal objetivo será desarrollar la memoria y la atención para recordar donde se encuentra cada tarjeta. Con esta actividad, el alumnado pondrá a prueba su paciencia ya que deberá de respetar su turno y el del resto.

## SESIÓN 3:

### 1. Encuentra los intrusos

En esta actividad el alumnado deberá de tachar el dibujo que no tenga nada que ver con el tema. Por ejemplo, si se le dan una serie de animales, deberá de tachar lo que no tenga que ver con estos. Los materiales que se utilizarán serán la propia ficha y un lapicero. Lo que se pretende con esto es que el alumnado preste atención y comprenda la clasificación semántica (ver en Anexo 2).

### 2. Encuentra las diferencias

En esta actividad, el alumnado deberá de observar dos imágenes que parecen idénticas, pero no lo son y tachar lo diferente de una de ellas. Se utilizará la propia ficha y rotuladores de colores. Gracias a esto el alumnado desarrollará la atención (ver en Anexo 2).

### 3. ¿Esto corresponde?

En esta actividad participará todo el grupo, el alumnado que nombre la maestra deberá de salir y rodear uno de los objetos que no correspondan al ambiente. Esto se realizará en la pizarra digital, por lo que se utilizará el proyector para proyectar las imágenes y el puntero para rodear lo incorrecto. Gracias al uso de las TIC, se pretende mejorar la motivación y con ello mejorar la atención de los alumnos en la tarea.

## SESIÓN 4:

### 1. Colorea la sílaba

En esta actividad se le propondrán al alumnado un dibujo, el cual estará dividido en huecos (contienen una letra), los cuales deberán de ser coloreados con distintos colores según la letra que se pida. Por ejemplo; la letra A, de color rojo, la letra E de color verde y así sucesivamente hasta completar todo el dibujo. Con esto, se fomentará tanto la lectura como la pronunciación de sílabas o letras, aparte de mantener la atención (ver en Anexo 3).

### 2. Coloreo según la letra

En esta actividad, el alumnado tendrá una letra y diferentes dibujos, de manera libre el alumnado coloreará la letra y lo que empiece por la misma. Por ejemplo; la E y el elefante de color verde. Gracias a ello el alumnado desarrollará su atención y recordarán la grafía de las letras ya aprendidas (ver en Anexo 3).

## SESIÓN 5:

### 1. Letras de plastilina

En esta actividad, se le dará al alumnado una plantilla con la letra que estén aprendiendo en ese momento para que la rellenen con plastilina. Una vez hecho esto, deberán hacer lo mismo, pero sin la plantilla. Gracias a esto se desarrollará la atención, la memoria y la grafía (ver en Anexo 4).

2. ¿Cómo me llamo?

En la pizarra de imanes, el alumnado deberá de construir su propio nombre, para después leerlo y enseñarle al resto de compañeros las letras por las que está compuesto. Se les dará como ayuda un cartel con su nombre, el cual podrán utilizar o no. Gracias a esto el alumnado desarrollará su memoria y fomentará la lectura y la escucha activa, a parte de la reproducción de los sonidos de cada letra.

3. ¿Cuál es el mío?

En la pizarra digital, la profesora, proyectará una serie de nombres y el alumnado; deberá de señalar el suyo. De esta manera se desarrollará la memoria, la atención selectiva y la lectura. Aparte de que estos deberán de tener paciencia y esperar hasta que sean llamados por la maestra.

SESIÓN 6:

1. Busco, busco...

En esta actividad, la profesora dirá una letra y el alumnado deberá de encontrar en clase objetos que empiecen por la misma. Gracias a ello el alumnado desarrollará la concentración y la atención selectiva, además de incluir el movimiento lo cual puede resultar beneficioso para los niños con hiperactividad. También se trabaja la memoria al tener que recordar las pistas dadas y las respuestas proporcionadas por otros compañeros. Además, pueden expandir su vocabulario y aprender nuevas palabras. Por último, al esperar su turno responder fomenta el autocontrol y la paciencia en los niños. atención.

2. ¿Qué letra falta?

En esta actividad, la maestra se proyectará una serie de palabras y letras en la pantalla digital y el alumnado deberá señalar la letra que falte para completar la palabra. Por ejemplo; QUE\_O, falta la letra S. Gracias a esto se fomentará la atención y la lectura, dando así lugar a que el alumnado interiorice la grafía de las diferentes letras.

### 3. ¿Qué palabra falta?

En esta actividad, se escuchará una canción, el alumnado deberá decir la palabra que falta. Gracias a esto el alumnado va a desarrollar la memoria, la atención y la escucha activa gracias a la reproducción de canciones. Esto también se puede acompañar tocando una serie de instrumentos en la palabra que falte.

Con este tipo de actividades se utiliza la música como medio de relajación para el alumno que padece este trastorno.

## SESIÓN 7:

### 1. Rellena los huecos

En esta actividad el alumnado observará una palabra, dos dibujos y varios huecos en la ficha repartida por la profesora. En primer lugar, deberá de leer la palabra escrita, para que después rodee el dibujo correspondiente y complete los huecos con las letras. Para ello se utilizará el lapicero. Gracias a esto el alumnado comprenderá lo que lee, aparte de aprender la grafía y estar atento (ver en Anexo 5).

### 2. ¿Dónde tengo que llegar?

En esta actividad, el alumnado deberá de llegar de una parte a otra al laberinto, para que después pueda leer lo que están haciendo los personajes del mismo. Con esta actividad se trabajará la atención y concentración, así como la lectura. Además, antes de comenzar a resolver el laberinto, los niños pueden planificar su estrategia, visualizando mentalmente la ruta que tomarán para llegar a la salida, lo cual les ayuda a practicar habilidades de planificación y organización. También puede ayudar a mejorar el control motor fino, ya que deben trazar cuidadosamente su camino a través del laberinto, evitando obstáculos y paredes. Finalmente, tanto la planificación como el control motor, a su vez pueden ayudarles a trabajar la impulsividad y la paciencia (ver en Anexo 5).

### 3. Leemos

Gracias al laberinto realizado anteriormente, el alumnado leerá la frase que acompaña a esto, para ver si ha comprendido lo que ocurre en cada momento, es decir, desarrollará su comprensión lectora. Esto irá acompañado de dibujos, para

que, a la hora de leer, la dificultad sea menor, y el propio alumno por sí mismo y sin ayuda, relacione lo que va a leer con el dibujo.

## SESIÓN 8:

### 1. Ordena la secuencia

En esta actividad se leerá un cuento corto, para que después el alumnado ordené por orden cronológico lo ocurrido, esto lo hará gracias a una serie de tarjetas. Aparte de ordenar la secuencia, el alumno también se explicará de manera autónoma, ya que una vez haya ordenado las diferentes tarjetas, deberá contar lo que ocurre en cada una de ellas. Gracias a esto el alumnado desarrollará su comprensión y su memoria, aparte de expresarse adecuadamente delante de sus compañeros (ver en Anexo 6).

También se pondrán utilizar otra serie de secuencias como; el ciclo de la vida de una flor, rutinas diarias del alumnado...

## SESIÓN 9:

### 1. Dibuja

En esta actividad, se le darán una serie de palabras al alumnado, por lo que ellos deberán leerlas para después representarlas mediante un dibujo. Para ello se utilizará un lápiz y pinturas. Gracias a esto se podrá observar la comprensión lectora, la memoria y la atención de los alumnos (ver en Anexo 7).

### 2. ¿Qué es?

En esta actividad el alumnado, deberá completar la parte incompleta del dibujo (en su caso la mitad) que aparezca, para averiguar lo que es. Después deberá de comunicárselo al profesor. El alumno desarrollará tanto su atención como el lenguaje oral (ver en Anexo 7).

## SESIÓN 10:

### 1. Agrupamos

Cada alumno deberá coger la letra que la profesora le diga y ponerse en el grupo correspondiente, para después contar cuantas letras tienen en total y decirle al resto de compañeros la letra que les ha tocado. Gracias a esto el alumnado desarrollará la atención, la memoria, el lenguaje oral y las habilidades matemáticas ya que contarán cuantas letras tienen en total (ver en Anexo 8).

### 2. Mayúsculas y minúsculas

El alumnado encontrará una serie de tarjetas con diferentes letras en mayúsculas y minúsculas, por lo que estos deberán de coger la pareja de cada una para después decir cuales les han tocado. Gracias a esto, desarrollaran la comprensión de la grafía y la atención selectiva (ver en Anexo 8).

### 3. A contar

En esta actividad será grupal. El alumnado tendrá una serie de tarjetas con letras o sílabas plastificadas, las cuales deberán de ser unidas para la construcción de varias palabras. Después de esto, el grupo deberá mostrar al resto las palabras que ha conseguido construir, para que después todos juntos cuenten las letras y las sílabas por las que están formadas dichas palabras. Para ello deben de prestar mucha atención y conocer las letras y los números. Aparte de saber leer las sílabas (ver en Anexo 8).

## SESIÓN 11:

### 1. ¿Qué letra tengo?

En esta actividad, la profesora repartirá al alumnado una letra, para que después estos tengan que buscar la misma entre un conjunto de estas. Una vez la hayan encontrado deberán esperar a que el resto de compañeros haya terminado, para después decir cuál es la que les ha tocado. Para ello deberán de estar muy atentos y saberse el nombre de las letras y su grafía. Aparte de desarrollar su paciencia a la hora de esperar al resto y su turno para hablar, controlando así también su impulsividad.

## 2. ¿Corta o larga?

En esta actividad, se le darán al alumnado una serie de tarjetas, las cuales contendrán palabras y estos deberán de hacer una clasificación entre cortas o largas, para después leer lo que pone en cada una de ellas. Estos mantendrán su atención y la lectura de estas.

## SESIÓN 12:

### 1. Abeja bee bot

En esta actividad, el alumnado deberá de manejar el robot de la abeja por un tablón, el cual contendrá diferentes letras. Estos deberán de llevar la abeja hasta la letra que la profesora les diga. Gracias a esto el alumnado deberá prestar atención controlando su impulsividad, de modo que no se equivoque de letra, aparte de ubicar el espacio-tiempo de estas.

## 3.6. Metodología

Para realizar estas actividades se van a utilizar diferentes metodologías que estarán basadas en los principios de: globalización, significatividad activa, cotidiana, lúdica y afectiva.

La principal es el juego en grupos, ya que desde mi punto de vista es muy importante que los alumnos trabajen en equipos. Gracias a esto utiliza el reforzamiento social, ya que se fomenta la igualdad y la ayuda a otros.

Otra de las metodologías que se utilizarán es el entrenamiento mediante autoinstrucciones, se trata de una técnica mediante la cual el niño se da a sí mismo una serie de órdenes para llevar a cabo una tarea. En este caso, se le pondrá al niño una serie de pasos a seguir, los cuales estarán formados por pictogramas, para que este sepa lo que tiene que hacer en cada momento.

También se utilizará el trabajo individualizado, ya que muchas veces es importante atender a las necesidades individuales de cada alumno, para así hacer más hincapié en estas.

También se utilizará el trabajo por proyectos, también conocido como aprendizaje basado en proyectos (ABP) ya que muchas de las actividades están compuestas por contenidos que el alumnado ve en su día a día.

### **3.7. Evaluación**

Las fases de la evaluación en esta intervención son las siguientes:

- Inicial: tiene como objeto proporcionar información sobre las primeras experiencias y capacidades de los niños en relación con nuevos contenidos de aprendizaje aparte de ser; diagnóstica, pronóstica y previsora.
- Continua: son los conocimientos que va adquiriendo el alumnado conforme va pasando el tiempo y va realizando actividades, aparte de ser; orientadora, reguladora y motivadora.
- Final: hace referencia a todos los contenidos nuevos que ha aprendido el alumnado.

Según el Real Decreto 95/2022, de 1 de febrero, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas mínimas de la Educación Infantil. Boletín Oficial del Estado, la evaluación en Educación Infantil debe de ser:

1. Global, continua y formativa. La observación directa y sistemática serán las técnicas principales de este.
2. La evaluación en esta etapa estará orientada a identificar las condiciones iniciales individuales y el ritmo y características de la evolución de cada alumno.
3. El proceso de evaluación deberá contribuir a mejorar el proceso de enseñanza y de aprendizaje mediante la valoración estrategias metodológicas y recursos.
4. Los padres, las madres, y tutores legales deberán participar y apoyar la evolución del proceso educativo de sus hijos y conocer las decisiones relativas a la evaluación, aparte de colaborar con el centro.

Teniendo en consideración los métodos que se utilizaran para evaluar al alumnado son los siguientes:

- La observación sistemática: la cual consiste en recopilar información sobre el comportamiento, el aprendizaje y el desarrollo de los estudiantes de manera estructurada y planificada. Esta observación se lleva a cabo de manera sistemática, es decir, siguiendo un plan predefinido y utilizando criterios específicos para registrar y analizar los datos recopilados.
- El registro anecdótico: en mi caso, se anotarán los objetivos conseguidos y su relación con los indicadores de logro propuestos, haciendo referencia a los objetivos propuestos anteriormente. Aparte de apuntar también las observaciones o comportamientos del alumnado ante distintas situaciones, siendo esto así positivo o negativo.
- Las listas de control: registra la relación de las conductas variables. Estas conductas deben de estar relacionadas con los indicadores de logro, para así saber si se cumplen o no.
- Las escalas de estimación: listas con diferentes tipos de graduación donde el maestro señala con una “X” el grado o la frecuencia de los objetivos propuestos.

#### **4. PAUTAS Y ORIENTACIONES**

##### **4.1. Pautas para el profesorado**

Como maestros, se debe de tener en cuenta las características del alumnado que forman nuestra clase y más si tenemos alumnos con algún tipo de trastorno. En este caso, con los alumnos con TDAH, deberemos de tener en cuenta el ambiente, el espacio y la organización.

Por ello, se deben de seguir las siguientes pautas:

1. Dividir las tareas o temas en pequeños bloques destacando siempre lo más importante.

2. Explicar al resto de alumnos la situación y dar soluciones frente a conflictos que se puedan dar en el aula.
3. Supervisar de forma continua la agenda.
4. Buscar el lugar más conveniente para el niño (de espaldas a la ventana, cercano al maestro, junto a un compañero tranquilo...)
5. Destacar las cosas positivas que el niño ha realizado.
6. Procurar un ambiente tranquilo, ordenado y sin demasiados cambios.
7. Ser flexible; repetir las instrucciones, preguntarle sobre lo que vamos a hacer y felicitarle cada vez que lo haga bien.
8. Ayudar a la integración del alumno con diferentes recursos.
9. Ayudar al niño a controlar su conducta y seguir las rutinas. Por ejemplo: compartir, sentarse y escuchar, seguir lo que le dicen...
10. Ofrecer otro tipo de actividades adaptadas a sus características.

#### **4.2. Pautas para las familias**

Como ya se ha nombrado anteriormente, no solo los docentes deben conocer las pautas o comportamientos que hay que seguir con el alumnado TDAH. Es muy importante que las familias, en especial los padres del individuo conozcan sobre dicho trastorno, ya que son el entorno más cercano a él. Por ello, se debe de ayudar todo lo que se pueda a sus hijos, teniendo en cuenta los problemas que puede acarrear, lo principal en estos casos es asumirlo y seguir hacia delante en “equipo”.

Las recomendaciones para las familias según la FUNDACIÓN CADAH son las siguientes:

1. Aceptar y conocer el trastorno. Es necesario asimilarlo para buscar una solución.
2. Reforzar lo positivo y obviar lo negativo. Trabajar sus debilidades y fortalezas, de esta manera conseguiremos que el niño reconozca lo negativo y no se frustre.

3. Establecer unos límites y normas y las consecuencias de no cumplirlas. Las familias deben de explicar las normas de manera clara y dejarlas visibles para que el niño las cumpla.
4. Comunicación asertiva y empática, evitando así de mensaje crítico que puedan frustrar al niño o enfadarlo.
5. Establecer planificaciones diarias (rutinas para adquirir hábitos).
6. Hacer críticas hacia la conducta y no hacia el niño. Por ejemplo: “Tienes que ducharte” en vez de “Eres un cochino”.
7. Mantener el control y la impulsividad ante algunas situaciones, ya que los padres son su referente.
8. Tener un contacto continuo entre familia y colegio, para mejorar en todos los ámbitos.
9. Mejorar su autoestima. No se les deben exigir cosas que no puedan hacer. Recalcar sus fortalezas.
10. Ser pacientes y constantes.

## **5. RESULTADOS ESPERADOS**

El resultado que se pretende alcanzar con esta intervención es que los alumnos con TDAH, mejoren su atención y desarrollem su total autonomía a la hora de realizar cualquier actividad, necesitando así la mínima ayuda o apoyo del docente.

Tras la realización de estas actividades, se espera que el alumnado con TDAH, responda de manera positiva y vaya aprendiendo las diferentes letras para que en el futuro le sea más fácil leer y escribir. Creo que esta metodología les aporta mucha motivación, ya que la mayoría de actividades las toman como si fuese una serie de juegos, teniendo en cuenta así que es un método muy importante para que estos desarrollen sus habilidades de manera divertida. Gracias a ello espero que estos constituyan una base positiva en su aprendizaje y desarrollo.

También espero conseguir una mayor participación entre los alumnos con TDAH, aparte de aumentar su motivación, imaginación, creatividad e interés sobre esta área y fomentar la lectura. También se espera la incrementación en la toma de decisiones y la comunicación y cooperación entre todos, siendo así un aprendizaje basado en el respeto muy enriquecedor. Por ello, gracias a esto, aparte de conseguir la mejora en la atención, la concentración y la hiperactividad e impulsividad, también se consiguen mejorar las relaciones sociales, creando así un clima positivo en el aula. Lo más importante de esto es que el propio alumno se va a sentir válido y va a desarrollarse íntegramente, teniendo así una autonomía propia.

He podido observar cómo estos mantienen mejor su atención trabajando de manera individualizada en un aula aparte, ya que tienen muchos menos estímulos que en el aula ordinaria. Además de que siempre o en muchas ocasiones se les separa del grupo para trabajar de forma individual, no estamos siendo inclusivos. Las actividades que más le gustan al alumnado con este trastorno, son las que necesitan materiales manipulativos, ya que, por ejemplo, las de colorear, les resultan muy pesadas y cansadas durante mucho tiempo, aparte de que como muchos de ellos son nerviosos, se salen de la zona. El más complicado tanto para el alumnado con TDAH, como para los alumnos que no tienen ningún trastorno es manejar el robot de la abeja beep, ya que a veces pulsan los botones más veces de las que son y les resulta complicado ubicarse en el espacio-tiempo.

También me he dado cuenta de que es primordial un descanso entre actividades para que el alumnado converse con el docente o el mismo desconecte. Gracias a esto, a la hora de realizar la actividad posterior el alumnado está más relajado y concentrado.

## 6. CONCLUSIONES

La realización de este Trabajo de Fin de Grado es el resultado de un largo y complicado proceso de busca y aprendizaje sobre el TDAH. Esto comenzó con la búsqueda de información, la cual me ha llevado a aprender más y aumentar en gran medida los conocimientos básicos y a la vez confusos sobre este trastorno.

Este trabajo ha conllevado mucho esfuerzo, implicación y constancia, uno de los retos más importantes era diseñar una intervención en el área del lenguaje con el

objetivo de mejorar los comportamientos de estos niños. Desde mi punto de vista, creo que es primordial trabajar esta área de mil maneras y adaptarla a todo tipo de alumnado, ya que es el principal canal con el que se van a comunicar estos alumnos el resto de sus días. Es muy importante enseñarles tanto a escribir como a mantener una conversación. Me siento muy orgullosa del trabajo realizado.

Desde mi punto de vista, creo que he cumplido todos los objetivos que me propuse, ya que he elaborado un marco teórico bastante completo sobre este trastorno, aparte de descubrir lo importante que es la intervención temprana en estos casos. También me he dado cuenta de que el papel de los maestros y los padres es fundamental para los niños con TDAH.

Como he comentado en este informe, los primeros síntomas se suelen manifestar desde edades muy tempranas en ambientes muy cercanos al niño, como son; la familia y el colegio. Por ello, es muy importante que los docentes tengan mucha información sobre este trastorno, ya que son los primeros que deben de trabajar estos aspectos con el niño y a día de hoy, contamos con muchos casos en las aulas. El docente, no es el que debe de diagnosticar el trastorno, pero sí el que comience a observar los primeros síntomas y a realizar las primeras actuaciones junto a la familia. Es muy importante que la familia y la escuela tengan vínculos afectivos muy fuertes, ya que gracias a esto se proporciona una atención a las necesidades y peticiones del alumno.

A nivel de aula es muy necesario modificar los espacios y plantear una serie de rutinas a los alumnos que padecen TDAH, ya que para ellos es mucho más fácil. También se deben de aplicar una serie de técnicas de modificación de conducta que sustituyan conductas inadecuadas para mejorar así, sus habilidades sociales y adaptarse mejor al medio.

A día de hoy, creo que es muy importante contar con más investigaciones sobre este trastorno, ya que es uno de los más comunes en las aulas. Estas investigaciones se deberían de realizar desde edades muy tempranas, es decir, desde preescolar, para poder intervenir desde una disciplina multidisciplinar y una manera mucho más fácil, con el objetivo de reducir las dificultades de estos alumnos cuando pasan a Educación Primaria.

También es muy importante mantener informadas a las familias, ya sea con charlas o información sobre pautas y consejos del trastorno para no sentirse desorientados, ya que estos son un agente primordial en la educación de sus hijos.

Debo recalcar que, en esta etapa, muchas veces hay cierta confusión debido a la naturaleza de según qué comportamientos porque son conductas “normales” o similares a las del resto de los niños. No basta con presenciar los primeros síntomas gracias a las observaciones de los alumnos, sino que se deben de llevar a cabo una serie de pruebas para diagnosticar este trastorno. En la actualidad, no existe una prueba diagnóstica fiable para establecer dicho diagnóstico a menores de 6 años.

La educación es un derecho fundamental de todos los niños, sin importar las condiciones de cada persona, ya que todos tienen el mismo derecho de aprender tengan o no un trastorno.

Como futura maestra de Educación Infantil, me parece de especial importancia el comienzo de la intervención en edades tempranas, donde se prepara a los niños para su futuro, teniendo así una mejora y donde se pueden prevenir conductas negativas para el futuro. Los niños con TDAH, son iguales que el resto de niños, por ellos los maestros no debemos de tratarlos como menos, al revés debemos de apoyarlos y confiar en ellos.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acebes de Pablo, A., y Giraldez Hayes, A. (2019.) El papel de la Musicoterapia y las terapias alternativas en el tratamiento del TDAH un estudio exploratorio. *Medicina naturista*, 1, 15-20.
- Artigas Pallares, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36,68-78
- Artigas Pallares, J. (2009). Modelos cognitivos en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 49, 87-93.
- Artiagas Pallarés, J. y Narbona, J. (2011). *Trastornos del Neurodesarrollo*. Viguera Editores.
- Asensio-Martínez, Á., Magallón-Botaya, R. y García-Campayo, J. (2017). Revisión histórica de los conceptos utilizados para definir mindfulness y compasión. *Mindfulness & Compassion*, 2(2), 86-91.  
<https://doi.org/10.1016/j.mincom.2017.08.001>
- Asociación Americana de Psiquiatría (1980). Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (3<sup>a</sup> ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Asociación Americana de Psiquiatría (1987). Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (3<sup>rd</sup> ed., revisada). Editorial Médica Panamericana.
- Asociación Americana de Psiquiatría (1994). Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4<sup>a</sup>ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2000). Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4th ed., revisada). Editorial Médica Panamericana.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5<sup>a</sup>ed.). Editorial Médica Panamericana.  
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., revisada). Editorial Médica Panamericana.  
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bados López, A., García Grau, E., Fusté Escolano, A. (2001). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 3, 477-502.

- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125–143. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015>
- Barkley, R. A. (2014). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Fourth Edition: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. Guilford Publications.
- Barkley, R. A. (2018). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for diagnosis and treatment* (4<sup>a</sup> ed). Guilford Press.
- Cabasés, J. y Quintero, F. J. (2005). Tratamiento multimodal del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Revista Española de Pediatría*, 61(6), 503-514
- Barkley, R.A. (1994). Impaired delayed responding: a unified theory of attention Déficit and hyperactivity disorder. En Routh, D.K. (ed.) (1994). – (2002). Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorders in children. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 36-43.
- Barkley R.A. (2006). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Un manual para diagnóstico y tratamiento*. Guilford, Nueva York. Recuperado de [Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Fourth Edition: A Handbook for ... – Google Libros](https://books.google.es/books?id=KJLjDwAAQBAJ&hl=es&sa=X&redir_esc=y)
- Benezon, R. (1981). *Manual de Musicoterapia*. Barcelona: Paidós Ibérica S.A.
- Benezon, R. (1992). *Teoría de la Musicoterapia*. Madrid: Mandala Ediciones.
- Bradley, C. (1937). The behavior of children receiving benzedrine. *Am J Psychiatry*, 94, 577-585.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T., Kiely, K., et al. (1995). High risk for attention deficit hyperactivity disorder among children of parents with childhood onset of the disorder: a pilot study. *Am J Psychiatry*, 152(3), 431-5.
- Castillo Arredondo, S., Cabrerizo Diago, J. (2009). *Evaluación educativa de aprendizajes y competencias*. [https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w24689w/Evaluacion\\_educativa.pdf](https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w24689w/Evaluacion_educativa.pdf)
- Chess, S. (1960). Diagnosis and treatment of the hyperactive child. *New York State Journal of Medicine*, 60, 2379-2385.
- Conners, C.K. (1994). Conners Rating Scales. En M.E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (pp. 550-578). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum

- Crichton, A (1798) *An inquiry into the nature and origin of mental derangement: comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind and a history of the passions and their effects.* Cadell T Jr, Davies W, London [Reprint: Crichton A (2008) *An inquiry into the nature and origin of mental derangement. On attention and its diseases.* *J Atten Disord*, 12,200–204]
- Curtis, D. L., Clemente, C. M., González, J. P. H., & Hernández, P. J. R. (2016). *Evolución histórica del concepto del trastorno por déficit de atención e hiperactividad*, 1, 40-46.
- De la Cruz, D. M. C., & De la Cruz, D. M. C. (2022). Breve recorrido por la historia del TDAH. *SOM Salud Mental* 360. <https://tdah.som360.org/es/articulo/breve-recorrido-historia-tdah>
- DuPaul, G.J., Power, T.J., Anastopoulos, A.D., y Reid, R (1998). *ADHA Rating Scale - IV: Checklists, norme, and clinical interpretation.* New York: Guilford.
- Fernández, S. M., Piñón-Blanco, A., y Vázquez-Justo, E. (2017). *Concepto, evolución y etiología del TDAH.* <https://repositorio.upt.pt/entities/publication/1ed5d766-9323-46d3-85db-7133110a20f4>
- García Campayo, J., Alda Díez, M., & Gascón, S. (2012). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia y la adolescencia: del constructo social al calvinismo farmacológico. *Atencion primaria*, 44, 125–127.
- García, M. y Magaz, A. (2003). *Mitos, errores y realidades sobre la Hiperactividad. Guía para padres y profesionales.* España: Grupo Albor-Cohs.
- García Rubio, C., Luna Jarillo, T., Rodríguez Carvajal, R. (2016). Impacto de una intervención breve basada en niños: un estudio piloto. *Revista interuniversitaria de formación de profesorado*, 87, 61-74
- Historia del concepto de TDAH.* Consultado el 22 de mayo de 2024. Recuperado de: <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/historia-del-concepto-de-tdah.html>
- Integrek. Consultado el (21 diciembre de 2022). Recuperado de <https://integratek.es/2018/05/31/entrenamiento-en-autoinstrucciones/>
- Las cinco actividades más recomendadas para motivar a niños con TDAH - Adamed TV.* (2022, 24 febrero). Adamed TV. <https://www.adamedtv.com/tdah/actividades-recomendadas-para-motivar-a-ninos-con-tdah/>

- Lomas Rivera, A., Clemente Remón, AL. (2017). Beneficios de la actividad física-deportiva en niños con TDAH. *Revista digital de educación física*, 44, 63- 78
- López Moreno, B., Rodriguez Bausela, L., Rico Ozores, Y. *Curso: Estrategias metodológicas para intervenir en el TDAH y dificultades asociadas.* [https://uoecantabria.weebly.com/uploads/6/3/7/6/63767117/3.\\_curso\\_estrategias\\_para\\_intervenir\\_en\\_tdah.fundaicyl.pdf](https://uoecantabria.weebly.com/uploads/6/3/7/6/63767117/3._curso_estrategias_para_intervenir_en_tdah.fundaicyl.pdf)
- Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH.* (s. f.). Google Books. [https://books.google.es/books?id=5mcc0E\\_r6DkC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?id=5mcc0E_r6DkC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
- Mena Pujol, B., Nicolau Palou, R., Salat Foix, L., Tort Almeida, P., Romero Roca, B. (2006). *Guía práctica para educadores: El alumno con TDAH: trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.* [https://www.fundacionadana.org/wp-content/uploads/2016/12/libro\\_alumno\\_tdah\\_11\\_indd\\_1.pdf](https://www.fundacionadana.org/wp-content/uploads/2016/12/libro_alumno_tdah_11_indd_1.pdf)
- Métodos y técnicas de intervención psicológica en el TDAH.* (s. f.). <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/metodos-y-tecnicas-de-intervencion-psicologica-en-el-tdah.html>
- Miranda, A., Presentación, M.J., Gargallo, B., Soriano, M., Gil, M.D. & Jarque, S. (1999). *El niño hiperactivo (TDAH). Intervención en el aula. Un programa de formación para profesores.* Castellón: UJI.
- Modelos cognitivos explicativos para el TDAH.* Consultado el 22 de mayo de 2023. Recuperado de: <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/modelos-cognitivos-explicativos-para-el-tdah.html>
- Olivares, M. (2021, 25 mayo). 5. <https://www.orientacionandujar.es/2021/05/25/falta-pdf-cuaderno-deficit-atencional-1>
- Orden ECD/853/2022, de 13 de junio, por la que se aprueban el currículo y las características de la evaluación de la Educación Infantil y se autoriza su aplicación en los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- Orjales Villar, I. (1999). *Déficit de Atención con Hiperactividad. "Manual para padres y educadores".* Madrid: CEPE.
- Poch Blasco, S. (1999). *Compendio de Musicoterapia (I y II).* Barcelona: Biblioteca de Psicología, Textos Universitarios, Ed. Herder.

Real Decreto 95/2022, de 1 de febrero, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas mínimas de la Educación Infantil. Boletín Oficial del Estado. Sec 1. P 14561. <https://www.boe.es/boe/dias/2022/02/02/pdfs/BOE-A-2022-1654.pdf>

Reynolds, C.R., y Kamphaus, R.W. (2004). *Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones

Ruis Lázaro, PJ. *Taller – Mindfulness en niños y adolescentes*. [https://www.aepap.org/sites/default/files/115.215.mindfulness\\_en\\_ninos\\_y\\_adolescentes.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/115.215.mindfulness_en_ninos_y_adolescentes.pdf)

Sánchez, G. F. L., Sánchez, L. L., & Suárez, A. D. (2015). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (tdah) y actividad física. *Revista digital educación*, 32,53-65.

Sperters Escofet, C, Fernández Fernández, MA., Torrents Fenoy, C., Martín del Valle ,F., Ros Cervera, G., Machado Casas, Is. (2022). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Protoc diagn ter pediatr*, 1, 85-92. <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/09.pdf>

Sonuga-Barke, E.J.S, Taylor, E., Semb, S, y Smith, J. (1992). Hyperactivity and delay aversion I: the effect of delay on choice. *J Child Psychol Psychiatry*. 33, 387-8.

Soutullo, C. y Díaz, A. (2007). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Still. (1902). The Goulstonian Lectures ON SOME ABNORMAL PSYCHICAL CONDITIONS IN CHILDREN. *The Lancet* [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)70022-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)70022-0)

Strauss, A., y Lehtinen, L. S., (1947). *Psychopathogy and Education of the Brain-Injured Child*. New York. Grune & Stratton.

Swanson, J., Sandman, C., Deutsch, C., y Baren, M. (1983). Methylphenidate hydrochloride given with or before breakfast: I. Behavioral, cognitive and electrophysiologic effects. *Pediatrics*, 72, 49–55.

Terán, J. M. P., Vega, P. T., & Merayo, Y. Z. (2012). Aspectos históricos y evolución del concepto de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): mitos y realidades. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, 2.

*TDAH en el aula- Estrategias TDAH o Trastorno por Déficit de Atención e hiperactividad*. Consultado el 27 de marzo de 2024. Recuperado de:

<https://www.fundacioncadah.org/web/categoría/tdah-en-el-aula-estrategias-en-aula.html>

*TDAH: Importancia de la implicación familiar en los centros educativos.* (s. f.).

<https://www.fundacioncadah.org/web/artículo/tdah-importancia-de-la-implicación-familiar-en-los-centros-educativos-.html>

*TDAH: Intervención familiar.* Consultado el 27 de marzo de 2024. Recuperado de:

<https://www.fundacioncadah.org/web/printPDF.php?idweb=1&account=j289eghf d7511986&contenido=tdah-intervencion-familiar23>

*TDAH: Trabajo por proyectos en el aula como metodología educativa.* Consultado el 27 de marzo de 2024. Recuperado de:

<https://www.fundacioncadah.org/web/artículo/tdah-trabajo-por-proyectos-en-el-aula-como-metodología-educativa.html>

*Tratamiento del TDAH.* Consultado el 27 de marzo de 2024. Recuperado de:

<https://www.fundacioncadah.org/web/artículo/tratamiento-del-tdah.html>

Vidal y Careta, F. (1882). La música en sus relaciones con la medicina. *Gaceta Médica Catalana*, 16 y 31.

Vidal Perera, A (1908). Compendio de psiquiatría infantil, 210.

Wilma, R. G. (2013). Etiología del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y características asociadas en la infancia y niñez. *Acta de Investigación Psicológica/Acta de Investigación Psicológica*, 3(2), 1079-1091.

Wender, P.H. (1973). *Difusión cerebral mínima en niños. Diagnóstico y tratamiento. Clin Ped. Norteamericana*, 20, 187-202.

Young, S., Fitzgerald, M. y Postma, M.J. (2013). *TDAH: hacer visible lo invisible.* Libro Blanco sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): propuestas políticas para abordar el impacto social, el coste y los resultados a largo plazo en apoyo a los afectados. European Brain Council.

Zapico Merayo, Y., Pelayo Terán, JM. (2012). TDAH: una visión multidisciplinar. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, 11(2).

Zola, G. (2022, 18 octubre). *El aprendizaje por proyectos en Educación Infantil: escuchar, descubrir y motivar.* Colegio Zola Villafranca.

<https://colegiozolavillafranca.es/aprendizaje-por-proyectos/>

## ANEXOS

Imágenes extraídas de Google

Anexo 1. Imágenes actividades sesión 1

Actividad 1. Empareja los dibujos con la letra



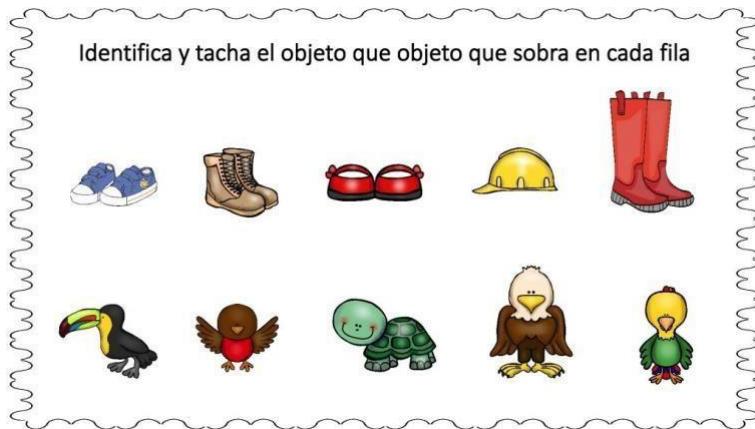
Actividad 2. Cada oveja con su pareja

Nombre.....  
RELACIONA LOS DIBUJOS

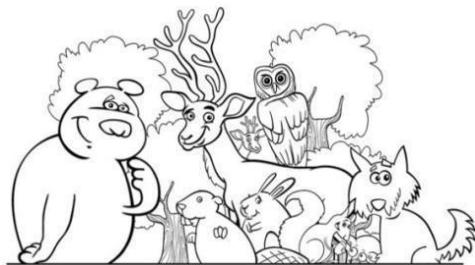
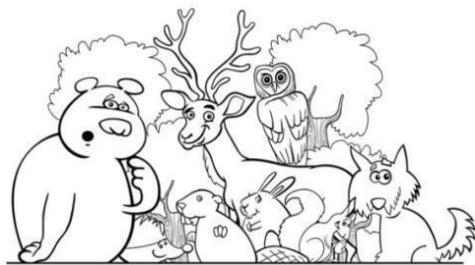


Anexo 2. Imágenes sesión 3

Actividad 1. Encuentra los intrusos

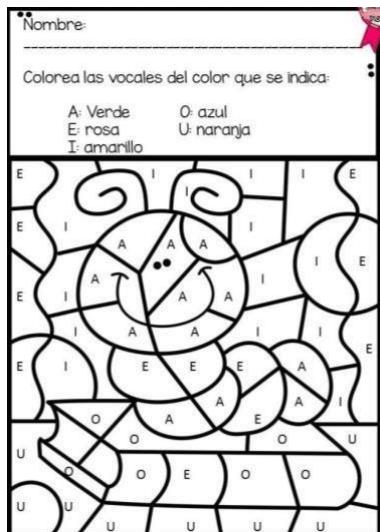


Actividad 2. Encuentra las diferencias



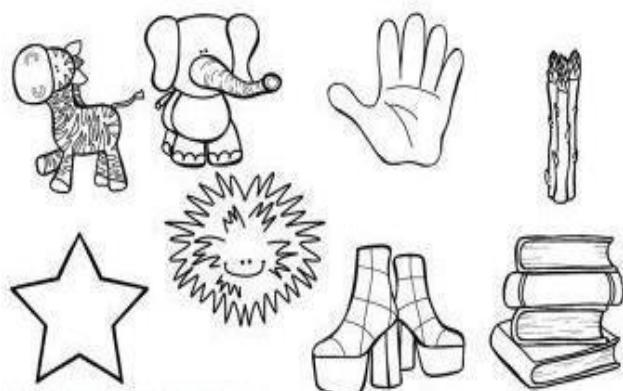
Anexo 3 Imágenes sesión 4

Actividad 1. Colorea la sílaba



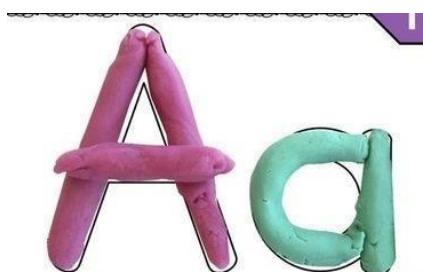
3. Actividad 2. Coloreo según la letra

Colorea los dibujos que empiecen por la letra e.



Anexo 4. Imágenes sesión 5

Actividad 1.

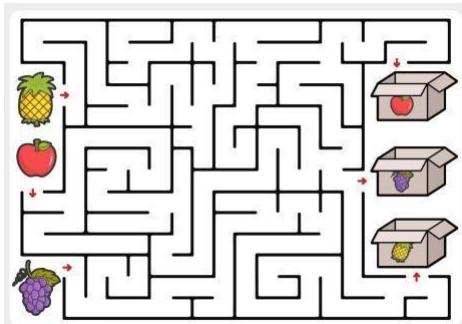


Anexo 5. Imágenes sesión 7

Actividad 1. Rellena los huecos

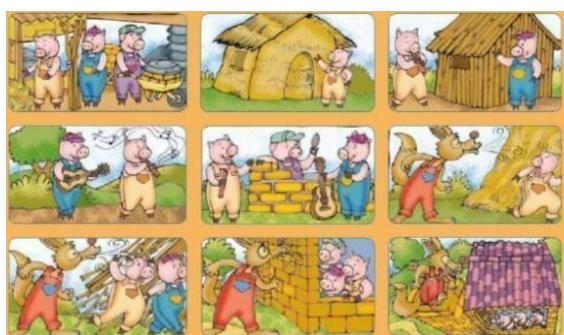
Lee	Encierra	Escribe
queso		<input type="text" value="_____"/>
yoyo		<input type="text" value="_____"/>
yema		<input type="text" value="_____"/>
gelatina		<input type="text" value="_____"/>
girasol		<input type="text" value="_____"/>

Actividad 2. ¿Dónde tengo que llegar?



Anexo 6 . Imágenes sesión 8

Actividad 1. Ordena la secuencia



Anexo 7. Imágenes sesión 9

Actividad 1. Dibuja

Nombre.....

Dibuja

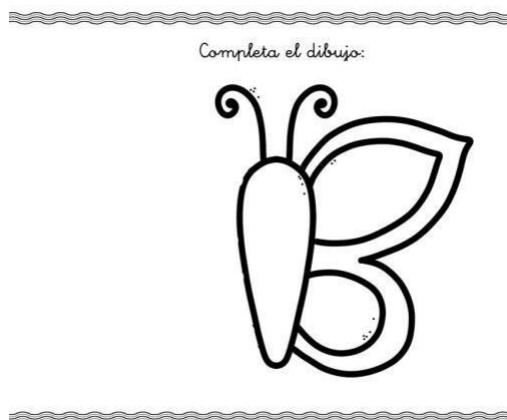
CASA

LAPICERO

NUBE

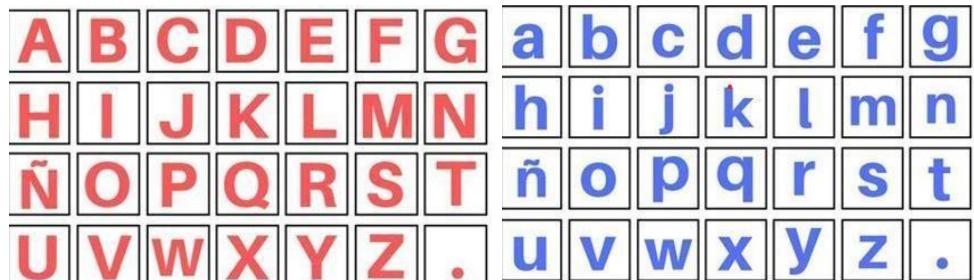
ÁRBOL

Actividad 2. ¿Qué es?



Anexo 8. Imágenes sesión 10

Actividad 1. Agrupamos y contamos y Actividad 2. Mayúsculas y minúsculas



Actividad 3. A contar

