

**Universidad de Oviedo**  
**Facultad de Formación del Profesorado y Educación**

**Propuesta de intervención para niños  
con TDAH**

**TRABAJO FIN DE GRADO**

**GRADO EN MAESTRO DE EDUCACIÓN INFANTIL**

**Omaira Augusto Núñez**

**Tutora**

**Laura Elisabet Gómez Sánchez**

**Junio, 2021**

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>2. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>3. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>1</b>
<b>3.1. Fundamentación teórica del TDAH.....</b>	<b>1</b>
3.1.1. <i>Historia del TDAH.....</i>	<i>1</i>
3.1.2. <i>Definición de TDAH y criterios diagnósticos.....</i>	<i>3</i>
3.1.2.1. <i>Definición de TDAH.....</i>	<i>3</i>
3.1.2.2. <i>Criterios diagnósticos.....</i>	<i>3</i>
3.1.3. <i>Tipos.....</i>	<i>4</i>
3.1.4. <i>Prevalencia.....</i>	<i>6</i>
3.1.5. <i>Origen y causas.....</i>	<i>6</i>
3.1.6. <i>Principales dificultades.....</i>	<i>8</i>
3.1.7. <i>Tipos de intervenciones.....</i>	<i>9</i>
<b>4. OBJETIVOS.....</b>	<b>13</b>
<b>5. PROPUESTA DIDÁCTICA.....</b>	<b>14</b>
5.1. <b>Objetivos.....</b>	<b>14</b>
5.2. <b>Contenidos.....</b>	<b>14</b>
5.3. <b>Metodología.....</b>	<b>15</b>
5.4. <b>Destinatarios.....</b>	<b>16</b>
5.5. <b>Actividades.....</b>	<b>16</b>
5.5.1. <i>Modificaciones.....</i>	<i>24</i>
5.6. <b>Evaluación.....</b>	<b>25</b>
<b>6. CONCLUSIONES.....</b>	<b>30</b>
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>32</b>
<b>8. ANEXOS.....</b>	<b>35</b>

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

Quiero destacar que, aunque soy plenamente consciente de la recomendación sobre el uso inclusivo del lenguaje, he decidido utilizar el masculino genérico en aquellos términos donde se admiten ambos géneros. Con esto quiero conseguir una mayor facilidad en la lectura de mi trabajo, evitando la lectura con desdoblamiento léxico. Por último, quiero mencionar que siempre que ha sido posible he utilizado términos comunes (p. ej. alumnado, infantes).

## **1. INTRODUCCIÓN**

El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno cada vez más común en el mundo y en las aulas, por lo que considero necesario conocer los aspectos más básicos del mismo para mi futuro profesional.

Este trabajo está compuesto por tres grandes apartados relacionados con el TDAH: el primero de ellos será un marco teórico en el que se tendrán en cuenta diversos aspectos: historia del TDAH, causas, prevalencia, tratamientos, etcétera. Este apartado tendrá como objetivo el poder conocer en profundidad este trastorno y poder realizar una detección temprana del mismo, ya que los docentes tenemos un papel muy importante en dicha detección al ser el primer contacto externo al ámbito familiar del niño. Además, considero muy importante tener este conocimiento para poder realizar una intervención adecuada.

En el segundo apartado se ha elaborado una propuesta didáctica dirigida al total del alumnado del tercer nivel del segundo ciclo de Educación Infantil, pudiendo llevarse a cabo con niños diagnosticados con TDAH.

En tercer y último apartado corresponde a las conclusiones extraídas del trabajo realizado, teniendo en cuenta tanto el marco teórico como la propuesta didáctica.

## **2. JUSTIFICACIÓN**

El motivo de la elección de este tema para la realización del Trabajo Fin de Grado es que, como ya he mencionado anteriormente, el TDAH es un trastorno muy presente en las aulas en la actualidad. Debido a esto, considero importante para mi futuro profesional conocer en profundidad dicho trastorno y poder así atender a los niños con síntomas de TDAH.

Por otra parte, en muchas ocasiones, los docentes no contamos con la experiencia o conocimientos necesarios para atender y detectar este tipo de trastornos, por lo que la derivación a otros profesionales se retrasa en el tiempo, algo que podría ser perjudicial para el desarrollo del niño tanto a nivel personal, como emocional y curricular.

Por último, quiero destacar que todos los agentes implicados en el entorno del niño deben llevar a cabo un trabajo colaborativo, ya que de esta forma nos aseguraremos de que el niño se desarrolle correctamente en todos sus niveles.

## **3. MARCO TEÓRICO**

### **3.1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

#### **3.1.1. Historia del TDAH**

Para tratar el punto de la historia del TDAH vamos a basarnos en lo dicho por Esperón y Suárez (2007) en el Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH.

Estos autores afirman que la primera vez que se habla de este trastorno es hace más de un siglo, ya que existen referencias de niños con síntomas de TDAH que datan de 1865 y en 1902 se hicieron las primeras descripciones rigurosas y científicas.

En 1940, el concepto de “Síndrome del daño cerebral” cobra fuerza ya que, tras asociarse la hiperactividad, impulsividad y problemas cognitivos secundarios a encefalitis, se comenzaron a estudiar las secuelas conductuales de otras lesiones cerebrales como las perinatales, la epilepsia, el traumatismo craneoencefálico, etcétera.

Entre 1937 y 1941 se publicaron algunos artículos en los que se hablaba sobre el tratamiento con derivados de la anfetamina en niños con trastornos conductuales y de la mejoría que suponían en los síntomas de hiperactividad y problemas conductuales.

En las décadas de 1950 y 1960 se acuñaron los términos “Daño cerebral mínimo” y “Disfunción cerebral mínima”, debido a que había niños que presentaban síntomas de TDAH pero no se podía detectar en ellos ningún antecedente de daño cerebral, por lo que se supuso que ese daño habría sido mínimo pero tenía consecuencias. Además, en la década de 1960 en EE.UU. se habla de “Síndrome del niño hiperactivo” y se cambia el foco de atención del daño cerebral y disfunción cerebral mínima al síntoma de hiperactividad.

Al principio de la década de 1970 se incluyen otros aspectos importantes que caracterizan el síndrome de la hiperactividad como la impulsividad, inatención, baja tolerancia a la frustración, agresividad y facilidad para distraerse.

Por otra parte, en 1980, en el DSM-III (Asociación Americana de Psiquiatría: APA, 1980) se cambia el nombre a “Trastorno por déficit de atención (con o sin hiperactividad)”, poniendo más énfasis en la inatención y la impulsividad y se intentaron definir mejor los subtipos de TDAH. Además, a finales de los años 80, se reconoce el carácter crónico del trastorno, su origen genético y el impacto negativo que tiene en el aspecto académico y social del niño.

En 1994, con la publicación del DSM-IV (APA, 1994), se comienza a llamar “Trastorno por déficit de atención e hiperactividad” y se habla de tres tipos de trastorno: combinado, inatento e hiperactivo-impulsivo.

Desde la publicación de esta edición del manual, tanto en el DSM-IV-TR (2008), como en el DSM-5 (APA, 2013), el nombre del trastorno no cambia y sigue hablándose de “Trastorno por déficit de atención e hiperactividad”. Lo defendido en algunos aspectos de estas dos ediciones lo desarrollaremos en posteriores puntos.

Esperón y Suárez (2007) también nos indican que en el siglo actual seguimos avanzando. En España hemos mejorado en la detección y tratamiento correcto del TDAH, además de contar con una Federación Española de Asociaciones de Padres de Niños con TDAH organizada y motivada y con profesionales muy bien formados. Por otra parte, se van descubriendo nuevas medicaciones y se están diseñando tratamientos multimodales

específicos para cada niño y cada familia, dependiendo de las necesidades del niño en cada momento.

### **3.1.2. Definición de TDAH y criterios diagnósticos**

#### **3.1.2.1. Definición de TDAH**

Según Barkley (1990) y Faraone (2002), el TDAH es considerado un trastorno del neurodesarrollo, con base genética y tendencia hereditaria, en el que se hallan implicados diversos factores neuropsicológicos, que provocan en el niño alteraciones de la atención, impulsividad y sobreactividad motora (Fernandes et al., 2017).

Remón (2014) afirma que se puede considerar que estas alteraciones no son adecuadas a la edad de desarrollo del niño y esto les provoca diversas dificultades para su adaptación y relación con los demás. Además, la APA (2001, como se citó en Remón, 2014) señala que estos niños no suelen presentar un rendimiento adecuado a sus capacidades, sino que realizan las cosas que les apetecen en cada momento y pueden presentar trastornos emocionales y del comportamiento.

#### **3.1.2.2. Criterios diagnósticos**

Alanís y Domínguez (2018) afirman que para poder tratar el TDAH es imprescindible diagnosticarlo de forma correcta y temprana. Este diagnóstico estará basado en los criterios del DSM-5 (APA, 2013) o de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) (OMS, 2018).

Eulalia y Ramos (2015, como se citó en Alanís y Domínguez, 2018), aseguran que los dos agrupan diferentes síntomas relacionados con la inatención, hiperactividad e impulsividad, que deben presentarse al menos en dos contextos del niño y persistir a lo largo del tiempo.

Según lo indicado en el DSM-5 (APA, 2013), resulta difícil diagnosticar este trastorno en menores de 4 o 5 años, ya que pueden presentar comportamientos similares a los síntomas del TDAH debido a la propia edad como, por ejemplo, la inatención.

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013) detalla los siguientes signos y síntomas para diagnosticar el TDAH:

- **Inatención:** el niño debe presentar al menos 6 de los siguientes síntomas durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con su nivel de desarrollo.
  - a) A menudo no logra prestar adecuada atención a los detalles o comete errores por descuido en las actividades escolares, en el trabajo o en otras actividades.
  - b) Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.

- c) Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente.
  - d) Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales.
  - e) Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
  - f) Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
  - g) Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades.
  - h) Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos.
  - i) Con frecuencia olvida las actividades cotidianas.
- **Hiperactividad e impulsividad:** el niño debe presentar al menos 6 de los siguientes síntomas durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con su nivel de desarrollo.
    - a) Con frecuencia juguetea o golpea con 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.
    - c) Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado.
    - 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”.
    - f) Con frecuencia habla excesivamente
    - g) Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta.
    - h) Con frecuencia le es difícil esperar su turno.
    - i) Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros. (p. 8-10).

### 3.1.3. Tipos

Según podemos observar en Iglesias (2017), se pueden distinguir tres subtipos de este trastorno. Estos subtipos están basados en el DSM-IV-TR (APA, 2000) y son los siguientes:

- **TDAH combinado:** si se cumplen ambos apartados del criterio A (A.1. Inatención y A. 2. Hiperactividad e Impulsividad) durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales.

- **TDAH con predominio de falta de atención:** cuando se cumple el primer apartado del criterio A (A.1. Inatención) pero no se cumple el segundo apartado del criterio (A.2. Hiperactividad e Impulsividad) durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales.
- **TDAH con predominio hiperactivo-impulsivo:** cuando se cumple el segundo apartado del criterio A (A.2. Hiperactividad e Impulsividad) y no se cumple el primero (A.1. Inatención) durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales.

En esta edición también podemos observar el siguiente tipo de trastorno:

- **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado:** en esta categoría están incluidos aquellos trastornos con síntomas de TDAH que no satisfacen los criterios de dicho trastorno.
  - a) Individuos con predominio del déficit de atención, pero en los que la edad de inicio del trastorno es de 7 años o más.
  - b) Individuos con inatención y cuyo patrón de síntomas no cumple todos los criterios del TDAH, sino que presentan un patrón de comportamiento caracterizado por lentitud, ensoñación e hipoactividad.

Según Esperón y Suárez (2007), el tipo combinado es el más común tanto en niños (70-80%), como en niñas (60-70%). En cambio, el tipo inatento/con predominio de falta de atención es bastante más frecuente en niñas (30%) que en niños (15-20%). Finalmente, el tipo hiperactivo-impulsivo sin inatención es el menos frecuente, ya que la mayoría de niños que presentan hiperactividad también presentan inatención.

Posteriormente, en el DSM-5 (APA, 2013) podemos apreciar un cambio con respecto a las tipologías. En esta edición se define el TDAH como “patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):”

1. **Inatención**
2. **Hiperactividad e impulsividad**

Además, en esta edición podemos ver otros tipos como los siguientes:

1. **Otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado:** en esta categoría se encuentran aquellos en los que predominan los síntomas del TDAH que causan malestar clínico o deterioro del funcionamiento social, laboral o de otras áreas importantes, pero que no cumplen todos los criterios del TDAH o de ninguno de los trastornos del desarrollo neurológico. Esta categoría se utiliza en situaciones en las que se opta por comunicar el motivo específico por el que no se cumplen los criterios del TDAH o de otro trastorno del desarrollo neurológico.



2. **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado:** en esta categoría se encuentran aquellos en los que predominan los síntomas del TDAH que causan malestar clínico o deterioro del funcionamiento social, laboral o de otras áreas importantes, pero que no cumplen todos los criterios del TDAH o de ninguno de los trastornos del desarrollo neurológico. Esta categoría se utiliza en situaciones en las que se opta por no comunicar el motivo de incumplimiento de los criterios del TDAH o de otro trastorno del desarrollo neurológico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

#### **3.1.4. Prevalencia**

Álvarez (2006, como se citó en Alanís y Domínguez, 2018) afirma que el TDAH es de los trastornos de origen neurobiológico que más prevalece entre los niños y niñas en edad infantil. En la actualidad, son muchos los niños afectados con este trastorno, ya que en los últimos años ha existido un aumento en el número de casos.

Como afirman Thomas et al. (2015), se han realizado numerosos estudios de niños que utilizaron criterios de diagnóstico del DSM-III, DSM-III-R y DSM-IV. Se incluyeron 179 estimaciones de prevalencia de TDAH con una estimación combinada general del 7,2% con ninguna diferencia significativa entre las distintas ediciones del DSM. Por último, se debe destacar que la mayor parte de los estudios eran de zonas individuales y con muestras de población sin selección aleatoria, por lo que la generalización está limitada.

Según Pascual-Castroviejo (2008), siempre se ha considerado que el TDAH predominaba más en varones que en mujeres, aunque parece que en los varones predomina la hiperactividad y en las mujeres es el déficit de atención el que se presenta con una mayor fuerza.

Además, antiguamente, en los manuales diagnósticos el TDAH era un trastorno circunscrito a la infancia. Cuando el DSM-5 fue publicado, los criterios se relajaron y el diagnóstico se permitió también en los adultos.

Finalmente, destacaremos que el TDAH, hoy en día, es una de las patologías con mayor prevalencia en los niños y, además, supone un desafío para el futuro en la investigación psiquiátrica y neurológica en los adultos.

#### **3.1.5. Origen y causas**

Según Esperón y Suárez (2007) se considera que el TDAH no está originado por una sola causa, sino que es el resultado de múltiples causas variadas y cada una de ellas contribuye a que el trastorno se manifieste.

Según Ramos (2007), los factores con una mayor responsabilidad en la aparición de este trastorno son los siguientes:

- **Factores genéticos**

Existen numerosos autores y estudios que indican que este tipo de causas son unas de las más comunes en este trastorno o, al menos, con una gran influencia sobre el mismo.

En muchos de estos estudios se han comparado niños hiperactivos con sus familiares biológicos o con sus familiares adoptivos y también se han investigado a niños gemelos que habían sido diagnosticados como hiperactivos para comprobar si los factores genéticos son el origen de la hiperactividad. El resultado de estas investigaciones fue que era demasiado complicado aislar la influencia ambiental de la genética.

Por otra parte, con los niños adoptados, se comprobó que presentaban una mayor similitud con sus familiares biológicos en cuanto a su comportamiento que con sus familiares adoptivos, por lo que esto puede indicarnos que los factores genéticos sí tienen importancia en la aparición del trastorno.

Finalmente, destaca la idea de que, aunque los factores genéticos sean, en parte, responsables en la determinación de la hiperactividad, siempre tienen que tener una interacción con otras variables: familia, ambiente social, estilo educativo, etcétera.

- **Factores perinatales y prenatales**

Este tipo de factores son los responsables de muchos trastornos del comportamiento en la infancia. Las complicaciones con estos factores provocan en los niños consecuencias como las siguientes: discapacidad intelectual, problemas en el desarrollo del lenguaje y en el aprendizaje en general, crecimiento físico menor, etcétera.

Algunos de los factores perinatales y prenatales que pueden influir en los niños son:

- a) Tabaquismo durante el embarazo
- b) Ingesta de alcohol durante el embarazo
- c) Hidrocefalias
- d) Hemorragias
- e) Nacimiento prematuro
- f) Estrés en la madre embarazada

Finalmente, destacaremos que no parece que los factores relacionados con la gestación y el nacimiento sean determinantes de la hiperactividad, aunque sí tienen parte de influencia en la aparición del TDAH.

- **Factores ambientales**

Existen múltiples factores ambientales posiblemente relacionados con la aparición de la hiperactividad, aunque dos de ellos han sido los más presentes en numerosas investigaciones:

a) El efecto del plomo ambiental:

Aunque se han realizado numerosas investigaciones para comprobar la influencia del plomo ambiental sobre la hiperactividad, no ha sido posible determinar ninguna relación entre sí.

b) El efecto de la dieta:

En este caso, sí se puede determinar una posible influencia entre el efecto de la dieta y el desarrollo de la hiperactividad. En primer lugar, con respecto a la relación entre los síntomas de la hiperactividad y la alergia a determinados alimentos. En segundo lugar, existen numerosos estudios que señalan que una dieta rica en azúcares provoca que los síntomas del TDAH se manifiesten con mayor fuerza.

- **Factores psicosociales**

Existen numerosos factores relacionados con el contexto social que se relacionan con los comportamientos hiperactivos. Algunos de ellos son los siguientes:

- a) Nivel socioeconómico
- b) Características del hogar
- c) Ambiente sociofamiliar
- d) Nivel cultural familiar
- e) Profesión de los padres
- f) Condiciones de escolarización

En cambio, numerosos trabajos apuntan que estas variables no son las que ejercen la influencia en sí mismas, sino que las influencias psicosociales son las que dan lugar a estilos educativos diferenciados, lo que sí parece estar relacionado con la hiperactividad.

### **3.1.6. Principales dificultades**

Existen muchas dificultades presentes en las personas con TDAH, tal y como afirma Cortés (2010, p.4). Dichas dificultades serán agrupadas en cinco subgrupos diferentes:

- **Dificultades básicas:**

- a) Presentan falta de atención
- b) No son constantes en lo que hacen
- c) No permanecen mucho tiempo con una tarea
- d) No organizan bien las actividades
- e) Presentan falta de motivación
- f) Son desordenados
- g) No establecen un orden de prioridad

- **Dificultades físicas:**
  - a) Tienen falta de coordinación motriz
  - b) Presentan dificultad verbal y de organización de ideas
  - c) Cometan continuos errores gramaticales
- **Dificultades cognitivas:**
  - a) Dificultad de memoria y aprendizaje
  - b) Falta de reflexión ante una acción
  - c) Falta de verbalizaciones internas que les recuerde cómo hacer una tarea
  - d) Falta de regulación de su comportamiento
  - e) Dificultad para realizar una actividad concreta dada
  - f) No analizan posibles respuestas a una dificultad dada
- **Dificultades emocionales:**
  - a) Poseen gran sentido del ridículo
  - b) Presentan un comportamiento infantil y una falta de madurez
  - c) Se alteran, cambian y se frustran con facilidad
  - d) Tienen baja inteligencia emocional
  - e) Lo que hoy hace muy bien, puede que mañana sea incapaz de llevarlo a cabo
- **Dificultades sociales:**
  - a) No cumplen las normas establecidas
  - b) Pueden ser percibidos como niños incómodos
  - c) Presentan impotencia o rechazo, lo que les lleva en ocasiones a la agresividad
  - d) Tienen un autoconcepto negativo debido a los castigos

### 3.1.7. Tipos de intervenciones

Según Alda et al. (2015), el tratamiento para el TDAH tiene como objetivo mejorar los síntomas principales del trastorno y reducir la aparición de otros síntomas que frecuentemente son asociados al TDAH. Según estos autores, el tratamiento con un mayor nivel de eficacia es el tratamiento combinado (psicológico, farmacológico e intervención psicopedagógica) y las intervenciones que se aplican en los niños con TDAH son las siguientes:

- **Terapia de conducta:** es una terapia psicológica que se basa en un análisis funcional de la conducta. Se determinan los factores que producen la conducta inadecuada que presenta el niño y se presentan las conductas a incrementar,

disminuir o eliminar. En esta terapia, la conducta se verá modificada según las consecuencias que tenga su comportamiento.

1. Técnicas para incrementar las conductas:

- a) **Reforzamiento positivo:** se presenta un estímulo positivo inmediatamente después de la conducta que queremos reforzar. Este estímulo hará que aumente la probabilidad de que la conducta se repita en el futuro.
- b) **Reforzamiento negativo:** ocurre cuando la conducta se incrementa o mantiene porque elimina un estímulo aversivo. Ejemplo, “Mientras no acabes la merienda (conducta deseada) no jugarás con tus amigos en el parque (estímulo aversivo)”.

2. Técnicas para reducir o eliminar las conductas:

- a) **Extinción:** se trata de ignorar el comportamiento negativo que presenta el niño, con el fin de evitar su incremento debido a la atención que le proporcionamos.

Cabe destacar que para llevar a cabo esta técnica debemos explicarle al niño las condiciones de la misma y mantenerla el tiempo suficiente. Además, no se podrá utilizar esta técnica si la conducta del niño es peligrosa.

- b) **Tiempo fuera:** se trata de aislar al niño en un lugar no lúdico y sin distractores inmediatamente después de realizar la conducta que queremos eliminar y durante un periodo de tiempo establecido anteriormente (aproximadamente un minuto por cada año del niño). Esta técnica se puede aplicar hasta los 6-8 años de edad.
- c) **Coste de respuesta:** se trata de retirar algunos de los reforzadores obtenidos previamente. Ejemplo: reducir el tiempo de juego por comportarse de manera inadecuada.
- d) **Castigo:** se trata de proporcionar un estímulo aversivo después de una conducta inadecuada, con el fin de que dicha conducta sea eliminada. Nunca se debe aplicar un castigo físico, la recompensa es más eficaz que el castigo.

Además, existen técnicas que podemos utilizar y que combinan varias técnicas diferentes, como por ejemplo la **Economía de Fichas**, la cual combina el reforzamiento positivo y el coste de respuesta. Esta técnica consiste en dar un estímulo al niño (fichas, puntos...) inmediatamente después de la conducta que queremos que aumente. Después, el niño podrá canjear estas fichas o puntos por refuerzos o premios previamente pactados.

La Fundació Sant Joan de Déu (2010), en la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes (p. 81), describe la terapia de conducta como:

Basada en un análisis funcional de la conducta en el que se identifican los factores que están manteniendo la conducta inadecuada, se delimitan las conductas que se desea cambiar, se lleva a cabo la observación y registro de éstas, se analizan las contingencias existentes, se construye un nuevo sistema de contingencias acorde con los objetivos propuestos, se planifica un programa de reforzamientos y se evalúa el programa durante el tratamiento. Los reforzamientos positivos pueden incluir alabanza, atención positiva, recompensas y privilegios. Las técnicas para reducir los comportamientos no deseados incluyen el coste de respuesta, el tiempo fuera o aislamiento, la sobrecorrección, la extinción y el castigo. Otras técnicas de modificación de conducta son la economía de fichas que combina el reforzamiento positivo, el coste de respuesta y el contrato de contingencias.

- **Entrenamiento para padres:** es un tratamiento conductual con el objetivo de dar información sobre el trastorno, enseñar a los padres las diferentes técnicas, su aplicación y efectividad, aumentar la competencia de los padres, etcétera. Tiene como objetivo dar información sobre el trastorno, el entrenamiento a los padres en técnicas de modificación de conducta para mejorar el manejo de sus hijos, incrementar la competencia de los padres, mejorar la relación paterno-filial mediante una mejor comunicación y atención al desarrollo del niño. Los programas son estructurados, se desarrollan en un número específico de sesiones y se realizan habitualmente en grupo.
- **Terapia cognitiva:** el objetivo de estas técnicas es enseñar al niño con TDAH estrategias para mejorar el control de las emociones. Consiste en técnicas de autoinstrucciones, autocontrol y solución de problemas.
- **Entrenamiento en habilidades sociales:** esta técnica tiene como objetivo el aprendizaje de comportamientos eficaces en las relaciones interpersonales. Las sesiones para trabajar estas habilidades sociales se suelen realizar en grupos pequeños y de edades similares.
- **Tratamiento psicopedagógico:** su objetivo es mejorar el rendimiento escolar del niño mediante la reeducación psicopedagógica y mejorar su adaptación escolar.

La reeducación psicopedagógica es un refuerzo escolar, el cual es llevado a cabo después del horario escolar y de forma individual. El objetivo de esta reeducación es intervenir sobre los efectos negativos del TDAH en relación al proceso del aprendizaje escolar. Además, debe incluir acciones dirigidas a:

1. Mejorar el rendimiento académico del niño.
2. Trabajar en el fomento de conductas apropiadas para el aprendizaje.
3. Hacer y enseñar estrategias para la superación de exámenes.

4. Mejorar la autoestima del niño en relación a la competencia académica, ya que suele ser baja.
  5. Reforzar las conductas apropiadas en cuanto al estudio y el cumplimiento de tareas.
  6. Reducir o eliminar los comportamientos inadecuados.
  7. Mantener una coordinación apropiada con el especialista que trata al niño y establecer objetivos comunes.
  8. Mantener una relación adecuada con las familias, enseñándoles a poner en práctica el uso de las tareas de gestión y organización del estudio en el hogar.
- **Tratamiento farmacológico:** este tipo de tratamiento está entre los más estudiados y se utiliza para tratar los síntomas del TDAH.

Con estos fármacos se disminuyen los síntomas del trastorno y mejoran las relaciones tanto en la escuela como en casa. Además, facilitan el efecto de las intervenciones psicológicas y psicopedagógicas.

Actualmente, contamos con dos grupos de medicamentos para el tratamiento del TDAH:

1. **Los estimulantes:** metilfenidato
2. **Los no estimulantes:** atomoxetina

La duración de este tratamiento depende de la persistencia de los síntomas y de la repercusión de los mismos en la vida del niño.

Para los pacientes que tomen estimulantes, se suelen realizar períodos cortos de tiempo (una o dos semanas anuales) sin tratamiento, con el objetivo de valorar el funcionamiento del niño. El mejor momento para llevar a cabo esta práctica sería al inicio del segundo trimestre, ya que sus docentes conocen suficientemente al niño y, además, en esta época, no cuentan con una carga de trabajo excesiva.

Por otra parte, García de Vinuesa et al. (2014), en el libro “Volviendo a la normalidad. La Invención del TDAH y del trastorno bipolar infantil”, relatan una investigación (The MTA Cooperative Group, 1999a y 1999b, Jensen et al., 2007; Molina et al., 2009) que es el “Estudio de tratamiento multimodal en niños con TDAH” en el que se seleccionan a 579 niños de entre 7 y 10 años diagnosticados con TDAH. Estos niños fueron divididos durante 14 meses en cuatro grupos diferentes de tratamiento:

- **Medicación:** tratado a diario solamente con el psicoestimulante metilfenidato.
- **Tratamiento conductual:** terapia de conducta específica.
- **Tratamiento combinado:** medicación y terapia de conducta.

- **Tratamiento comunitario convencional:** no contaban con un tratamiento único específico, aunque la mayoría tomaban psicofármacos, incluidos metilfenidato, antidepresivos, anfetaminas, etc.).

En un primer momento, los resultados fueron que el tratamiento continuado y diario con metilfenidato era más significativamente más eficaz que el tratamiento combinado y el tratamiento conductual y comunitario a los 14 meses. Sin embargo, a los tres años de terminar los distintos tratamientos, se determinó que todos los participantes habían mejorado en los criterios de TDAH pero que no había diferencia en ninguna variable de comportamiento entre los distintos grupos. Por último, a los seis y ocho años de seguimiento, la mayor parte de los participantes mantenían el diagnóstico de TDAH en la adolescencia con puntuaciones similares en sus síntomas, independientemente del uso de psicofármacos.

Este capítulo del libro nos confirma que el tratamiento farmacológico a largo plazo en niños con TDAH no es necesario, ya que los niños del estudio mejoraron de igual manera con y sin dicho tratamiento, incluso parece confirmarse que aquellos niños que recibieron medicación mostraron un aumento de los síntomas del TDAH entre los 24 y 36 meses de seguimiento. Además, el uso de metilfenidato también estaba asociado a puntuaciones más graves en distintas escalas de valoración de TDAH y de trastorno negativista desafiante (García de Vinuesa et al., 2014)

#### 4. OBJETIVOS

El objetivo general de este Trabajo Fin de Grado es la creación de una intervención dirigida a todos los niños y niñas de un aula de Educación Infantil y específicamente a los niños con TDAH, teniendo en cuenta sus capacidades y limitaciones. Esta intervención estará basada en el intento de mejora en las dificultades que los niños con TDAH tienen, entre ellas: falta de atención, control de la impulsividad e hiperactividad, seguimiento de instrucciones, etcétera.

Para poder alcanzar este objetivo general, se establecen los siguientes objetivos específicos:

- Conocer los síntomas, características y dificultades de los alumnos con TDAH.
- Lograr el trabajo autónomo de los niños con este trastorno.
- Mejorar los resultados académicos de los niños con TDAH.
- Mejorar las habilidades sociales.
- Establecer tiempos de trabajo determinados y pasos a seguir, de forma que los niños tengan claros cuáles son.
- Conocer los diferentes tipos de TDAH que existen, con el fin de utilizar la mejor forma de trabajar con cada niño.



## **5. PROPUESTA DIDÁCTICA**

### **5.1. OBJETIVOS**

Los objetivos principales que se van a seguir en esta intervención son los siguientes:

- Trabajar la motricidad fina y gruesa
- Mejorar en los diferentes tipos de atención
- Aprender formas adaptativas de utilizar la energía
- Desarrollar la autonomía
- Participar activamente en las actividades
- Mejorar la concentración
- Fomentar el trabajo en equipo
- Fomentar la colaboración
- Trabajar la lateralidad
- Respetar las normas
- Respetar a sus compañeros
- Mejorar y aumentar la percepción y memoria visual
- Trabajar la discriminación visual
- Conocer los números, los colores y las vocales

### **5.2. CONTENIDOS**

Los principales contenidos que se trabajarán en esta intervención son los siguientes:

- Motricidad fina y gruesa
- Mejora de la atención
- Utilización de la energía
- Autonomía
- Participación activa
- Concentración
- Trabajo en equipo
- Colaboración
- Lateralidad
- Respeto
- Percepción y memoria visual

- Discriminación visual
- Números, colores y vocales

### **5.3. METODOLOGÍA**

La metodología que se va a llevar a cabo durante esta intervención será fundamentalmente lúdica y participativa, ya que se busca que los destinatarios lo pasen bien y disfruten de las actividades que se les ofrecen y que se impliquen activamente en su diseño y elaboración. También será abierta y flexible, sujeta siempre a posibles modificaciones, ampliaciones y mejoras. Se partirá de un enfoque globalizador y aprendizaje significativo que permitirá que afronten experiencias de aprendizaje, situando el juego y la observación como eje principal.

Por otra parte, se tendrá presente a lo largo de toda la intervención la motivación del alumnado, ya que de esta forma se logrará el aprendizaje buscado a través de la participación activa. Para esto también será de gran importancia utilizar los refuerzos positivos, ya que ayudan en gran medida a conseguir la motivación del alumnado. Durante todo el proceso motivaremos al alumnado, mostrándoles y felicitándoles por las cosas bien hechas, ya que de lo contrario (recalcarles cuando fallan), se podría favorecer la desmotivación y la baja autoestima de los niños.

Además, el juego también es un aspecto fundamental en la vida de los niños, por lo que tendrá una importancia relevante en esta intervención, utilizándolo de manera que el alumnado pueda aprender nuevos conocimientos a través del mismo.

En esta propuesta se incluirán actividades físicas que ayuden a aquellos niños con hiperactividad a liberar energía de formas más adaptativas, tratando de evitar con ello, las posibilidades de que las liberen mediante conductas disruptivas.

Otro de los aspectos importantes que se buscan a través de esta intervención es la integración del alumnado en el aula, por lo que se respetarán en todo momento los diferentes ritmos del alumnado y se tendrán en cuenta las capacidades y limitaciones de cada uno de ellos. Asimismo, los niños con TDAH suelen presentar una baja autoestima, como ya se ha mencionado anteriormente, por lo que se intentará crear un clima de bienestar en el aula para intentar que no pierdan las ganas por aprender. Este clima estará basado en el respeto, la ayuda y la cooperación ya que, según indica Orjales (1999), los niños que presentan este trastorno muestran menor autonomía en las relaciones interpersonales. Debido a esto, se intentará que algunas de las actividades realizadas fomenten el trabajo cooperativo y el trabajo en equipo, de forma que dichas relaciones interpersonales mejoren.

#### 5.4. DESTINATARIOS

Esta propuesta didáctica está dirigida a los niños y niñas del tercer nivel del segundo ciclo de Educación Infantil y sus actividades serán llevadas a cabo tanto en el aula ordinaria como en el patio destinado al recreo.

La intervención está dirigida a todo el alumnado, pero destinada especialmente a los niños que presenten síntomas relacionados con el TDAH y dificultades generales que pueden derivarse de la hiperactividad y la falta de atención, de forma que estas puedan verse mejoradas. Se tratará de que los niños entrenen la atención y aprendan formas adaptativas de utilizar su energía y controlar sus impulsos a través de las actividades propuestas.

#### 5.5. ACTIVIDADES

En este apartado se describirán las actividades recomendadas para llevar a cabo con los destinatarios mencionados en el apartado anterior:

<b>ACTIVIDAD 1</b>	<b>Buscamos las diferencias</b>
<b>Objetivos</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Trabajar la atención sostenida</li><li>• Trabajar la percepción visual</li><li>• Aumentar la memoria visual</li></ul>	
<b>Contenidos</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Atención sostenida</li><li>• Percepción visual</li><li>• Memoria visual</li></ul>	
<b>Temporalización</b>	20-30 minutos
<b>Desarrollo de la actividad</b>	
<p>Esta primera actividad que se encuentra en el Anexo 1 consistirá en la búsqueda de diferencias entre dos imágenes. Se presentará a los niños una ficha con dos imágenes iguales a simple vista, aunque tendrán diferencias entre ellas que el alumnado deberá encontrar.</p> <p>Se puede realizar esta actividad con diferentes niveles de dificultad, empezando con poca cantidad de diferencias para poder ir subiéndolas poco a poco. Además,</p>	

también se optará por comenzar con un tiempo corto para la realización de la actividad y cuando el alumno consiga mantener la atención aumentaremos dicho tiempo.

<b>ACTIVIDAD 2</b>	<b>Laberinto animal</b>
<b>Objetivos</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar la motricidad fina</li> <li>• Trabajar la atención sostenida</li> <li>• Aumentar la memoria visual</li> <li>• Trabajar la percepción visual</li> <li>• Aumentar la concentración</li> <li>• Favorecer la autoevaluación</li> </ul>	
<b>Contenidos</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motricidad fina</li> <li>• Atención sostenida</li> <li>• Memoria visual</li> <li>• Percepción visual</li> <li>• Concentración</li> <li>• Autoevaluación</li> </ul>	
<b>Temporalización</b>	15 minutos
<b>Desarrollo de la actividad</b>	
<p>Esta actividad constará de un laberinto, el cual intentará ayudar al alumnado a mantener la atención sostenida durante el desarrollo de dicha actividad.</p> <p>Se les entregará a los alumnos una ficha (Ver Anexo 2) en la que aparece un laberinto, el cual deberán seguir, sin tropezar con las paredes, hasta que consigan llevar a la abeja hasta la flor.</p>	

Esta actividad servirá también para tratar el tema transversal de la polinización, el cual podrá ser tratado en el aula a través de un vídeo para realizar una actividad más lúdica para los infantes.

<b>ACTIVIDAD 3</b>	<b>Encontramos vocales</b>
<b>Objetivos</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajar la discriminación visual</li> <li>• Aumentar la agudeza visual</li> <li>• Reconocer las vocales</li> <li>• Trabajar la atención selectiva</li> <li>• Trabajar la atención sostenida</li> <li>• Conocer los colores</li> </ul>	
<b>Contenidos</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discriminación visual</li> <li>• Agudeza visual</li> <li>• Vocales</li> <li>• Atención selectiva</li> <li>• Atención sostenida</li> <li>• Colores</li> </ul>	
<b>Temporalización</b>	30-40 minutos
<b>Desarrollo de la actividad</b>	
<p>En esta ocasión se realizará una actividad para trabajar tanto la atención selectiva como la sostenida. Se presentará a los niños una lista con letras o palabras entre las que ellos tendrán que distinguir solamente las vocales que se les indiquen y tacharlas de los colores que también les serán indicados (cada vocal de un color).</p> <p>Con esta actividad también se optará por trabajar por niveles. Se comenzará buscando solamente dos de las cinco vocales, y a medida que el alumno vaya mejorando su atención, podremos pedirle que busque alguna vocal más entre la lista de letras o palabras. Además, también se animará al alumno a que bata su récord</p>	

de tiempo para motivarle, contando el tiempo que ha tardado y animándole a que supere su tiempo anterior.

<b>ACTIVIDAD 4</b>	<b>¿Qué soy?</b>
<b>Objetivos</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Trabajar la atención selectiva</li><li>• Conocer los números</li><li>• Desarrollar la motricidad fina</li><li>• Trabajar el conteo</li></ul>	
<b>Contenidos</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Atención selectiva</li><li>• Números</li><li>• Motricidad fina</li><li>• Conteo</li></ul>	
<b>Temporalización</b>	20-30 minutos
<b>Desarrollo de la actividad</b>	
<p>Para realizar esta actividad se presentará a los niños una ficha en la que tendrán que descifrar qué dibujo se encuentra en ella. Para ello, deberán seguir por orden los puntos numerados y terminar con el dibujo completamente hecho. Para finalizar, podrán colorear el dibujo resultante de forma libre.</p> <p>Se ha realizado una ficha modelo (Ver Anexo 3), pero cabe mencionar que esta actividad se puede realizar partiendo de los intereses del alumno, de forma que se trabaje la atención selectiva con motivación a través de sus centros de interés. Además, a medida que el niño mejore en la realización de la actividad, se puede aumentar la cantidad de números que forman el dibujo.</p>	

<b>ACTIVIDAD 5</b>	<b>Yo te guío</b>
<b>Objetivos</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajar la atención</li> <li>• Mejorar la lateralidad</li> <li>• Fomentar el trabajo en equipo</li> <li>• Fomentar la colaboración</li> <li>• Mejorar las relaciones sociales</li> <li>• Desarrollar la motricidad gruesa</li> </ul>	
<b>Contenidos</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención</li> <li>• Lateralidad</li> <li>• Trabajo en equipo</li> <li>• Colaboración</li> <li>• Relaciones sociales</li> <li>• Motricidad gruesa</li> </ul>	
<b>Temporalización</b>	40 minutos
<b>Desarrollo de la actividad</b>	
<p>Esta actividad se realizará por parejas. Uno de los integrantes de la pareja tomará el papel de ciego (tapándole los ojos con un pañuelo) y el otro integrante será el guía.</p> <p>Se construirá un pequeño recorrido con diferentes obstáculos para que cada una de las parejas lo supere. El guía será el único responsable de darle las indicaciones a su compañero ciego, pero estas tendrán que ser no verbales. Para ello, antes de comenzar se les explicará cuáles son dichas indicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tocarán la mano derecha de su compañero para que gire a la derecha.</li> <li>• Tocarán la mano izquierda de su compañero para que gire a la izquierda.</li> <li>• Tocarán las dos manos de su compañero para que salte.</li> </ul>	

- En caso de que tenga que continuar caminando recto, no se seguirá ningún tipo de señal.

En el momento en el que todas las parejas hayan superado el recorrido se cambiarán los papeles de las parejas, pasando a ser de guía a ciego y viceversa.

<b>ACTIVIDAD 6</b>	<b>Tú la llevas</b>
<b>Objetivos</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajar la atención</li> <li>• Fomentar la ayuda mutua</li> <li>• Desarrollar la motricidad gruesa</li> </ul>	
<b>Contenidos</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención</li> <li>• Ayuda mutua</li> <li>• Motricidad gruesa</li> </ul>	
<b>Temporalización</b>	45 minutos
<b>Desarrollo de la actividad</b>	
<p>Para realizar esta actividad se necesitarán aros y un dispositivo para poder poner música.</p> <p>Para comenzar, se elegirá (por medio de un papel al azar) al niño que la lleva por primera vez. Se colocarán diversos aros en el suelo proporcionalmente al número de alumnos que participen en la actividad, comenzando por colocar solamente uno menos que los niños participantes.</p> <p>Se pondrá la música y todo el alumnado deberá moverse por el espacio al ritmo de la misma, pero manteniendo la atención para darse cuenta de cuando esta se detiene. Una vez que la música se pare, los niños deberán intentar meterse en uno de los aros para evitar que su compañero los pille y llevarla ellos. El número de aros se irá reduciendo en cada uno de los turnos y cabe destacar que los niños pueden compartir aro, teniendo que ayudarse entre ellos para mantenerse dentro del mismo.</p>	



Una vez que el niño que la lleva pilla a otro de sus compañeros fuera de un aro, los roles cambian y el primer alumno pasa a realizar la actividad con los compañeros que deben meterse en los aros.

<b>ACTIVIDAD 7</b>	<b>Simón dice</b>
<b>Objetivos</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajar la atención</li> <li>• Desarrollar la motricidad gruesa</li> <li>• Mejorar la utilización de la energía</li> <li>• Aumentar la concentración</li> <li>• Mejorar el control postural</li> </ul>	
<b>Contenidos</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención</li> <li>• Motricidad gruesa</li> <li>• Utilización de la energía</li> <li>• Concentración</li> <li>• Control postural</li> </ul>	
<b>Temporalización</b>	20-30 minutos
<b>Desarrollo de la actividad</b>	
<p>En esta ocasión se realizará la mítica actividad de “Simón dice que...”, la cual resulta muy favorecedora para trabajar la atención y la buena utilización de la energía.</p> <p>Para comenzar, los niños se sentarán en círculo y el docente se situará en el centro tomando el papel de Simón. Comenzará a decir en voz alta las acciones que los niños deben realizar siempre que él diga primero la consigna de “Simón dice que...”.</p> <p>Algunas de estas acciones pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “Simón dice que corramos”</li> </ul>	

- “Simón dice que saltemos”
- “Simón dice que vayamos a cámara lenta”
- “Simón dice que caminemos agachados”

El docente intentará confundir a los niños, de forma que realizará una acción diferente a la que ha verbalizado. De esta forma, se intentará que los alumnos mantengan toda la atención necesaria para realizar bien la actividad.

Si alguno de los niños se equivoca al realizar la acción o la realiza cuando el docente no dice la consigna “Simón dice que...”, deberá colocarse al lado del docente hasta la realización de la siguiente acción.

<b>ACTIVIDAD 8</b>	<b>Lo que me gusta de ti</b>
<b>Objetivos</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajar la atención</li> <li>• Mejorar la autoestima</li> <li>• Desarrollar la motricidad gruesa</li> <li>• Mejorar las relaciones sociales</li> <li>• Fomentar la participación activa de todo el alumnado</li> </ul>	
<b>Contenidos</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención</li> <li>• Autoestima</li> <li>• Motricidad gruesa</li> <li>• Relaciones sociales</li> <li>• Participación activa</li> </ul>	
<b>Temporalización</b>	15-20 minutos
<b>Desarrollo de la actividad</b>	
Con esta actividad se trabajará tanto la mejora de la autoestima, como la atención y la motricidad gruesa.	

Para realizar la actividad se colocará a todo el alumnado en un gran círculo y se les entregará una pelota. El niño que tenga la pelota deberá mencionar en voz alta el nombre de un compañero y decir algo que le guste de él y, a continuación, pasarle la pelota. Todos los compañeros deberán hacer lo mismo hasta que todo el alumnado haya recibido su halago.

La actividad se puede realizar por niveles: una vez que los niños estén cómodos con una sola pelota podemos introducir una pelota más para que deban trabajar la atención dividida.

### **5.5.1. Modificaciones**

En este apartado se mostrarán algunas ideas de modificaciones contextuales, las cuales pueden incorporarse en el día a día en el aula como rutina, de forma que nos facilite el trabajo con los niños con TDAH:

Aquellas actividades en las cuales se requiera que el alumnado se encuentre sentado o concentrado y superen los quince minutos de duración se permitirá a los niños levantarse y realizar alguna actividad física durante un periodo corto de tiempo (aproximadamente tres minutos). Se puede incorporar un pequeño recorrido en el aula para que el alumnado lo utilice cuando necesite un descanso, diferentes juegos o actividades lúdicas para ellos. Para que los niños sean conscientes del tiempo del que disponen para realizar este descanso se incorporará al aula un cronómetro, el cual ellos mismos se harán cargo de poner en marcha y parar cuando haya pasado ese tiempo de descanso y vuelvan a la tarea previa.

Además, también se puede pactar una forma de que los niños puedan solicitar descansos cuando lo requieran de una forma adaptativa, sin necesidad de recurrir a un problema de conducta para interrumpir la clase o dejar de hacer una actividad. Esta solicitud se pactará al comienzo del curso, de forma que tengan claro lo que tienen que hacer. Un ejemplo podría ser hacer una señal con la mano en forma de V, permitiendo que no sea necesario que los niños hablen para que se comprenda el mensaje de que necesitan un descanso y la continuidad de la clase no se vea alterada por ello. También se puede disponer de un pictograma por mesa en el que se indique la necesidad de este descanso, el cual los niños pueden señalar cuando requieran este descanso.

Por último, también se puede planificar la realización de una economía de fichas, en la cual se persiga conseguir conductas positivas en el aula y los propios niños sean conscientes de lo positivo de realizar estas conductas.

Se planificarán aquellas conductas que queremos conseguir y las colocaremos en nuestra economía de fichas. Se les explicará a los niños el funcionamiento de esta técnica, en la cual conseguirán fichas en el momento que realicen alguna de las conductas deseables.

Se pactará también el número de fichas que necesitan conseguir para cambiar por un premio, el cual será para toda el aula. De esta forma, intentaremos conseguir que los demás niños del aula no se sientan inferiores o en desventaja y que las relaciones sociales entre ellos no se vean afectadas por ello. Además, de esta forma también pueden sentir la responsabilidad de conseguir un premio para todos sus compañeros, por lo que puede ser un incentivo para conseguir las conductas deseables que buscamos.

También se planificará qué se va a hacer ante la posible aparición de una conducta problemática. En caso de que aparezcan este tipo de conductas en el aula se podrá aplicar alguna de las técnicas mencionadas anteriormente, como por ejemplo:

**Extinción:** no se recompensarán este tipo de conductas, con el objetivo de que disminuyan o desaparezcan. Si un niño presenta una conducta disruptiva en el aula ignoraremos esta conducta, de forma que acabe dándose cuenta de que lo que hace no está bien y debe dejar de hacerlo (siempre habiéndole explicado anteriormente al niño las condiciones de esta técnica). Por otra parte, cabe destacar que se pueden recompensar aquellas conductas deseables que puedan aparecer y sean compatibles.

**Tiempo fuera:** si aparece una conducta disruptiva por parte de un niño en el aula se le aislará, de forma total o parcial, de los estímulos positivos para él, con el objetivo final de que esa conducta desaparezca. Esta técnica será aplicada inmediatamente después de la aparición de la conducta inadecuada y se aplicará aproximadamente durante un minuto por año de edad del niño.

## 5.6. EVALUACIÓN

*Según la resolución de 16 de marzo de 2009, de la consejería de educación y ciencia, por la que se regulan aspectos de ordenación académica y la evaluación del aprendizaje de las niñas y los niños del segundo ciclo de educación infantil:*

La evaluación en la Educación infantil debe tener por objeto la identificación de los aprendizajes adquiridos por el niño o la niña y la valoración del desarrollo alcanzado en relación con los procesos de enseñanza. Se convierte así en punto de referencia para la adopción de las correspondientes medidas de atención a la diversidad, con el objeto de favorecer la autoestima y las expectativas positivas en los niños y las niñas y en su entorno familiar para facilitar así su aprendizaje y para la corrección y mejora del proceso educativo. (p. 1)

En esta propuesta se ha utilizado la observación como técnica de evaluación de enseñanza, ya que es la técnica más adecuada para utilizar en Educación Infantil. Se ha realizado una observación tanto directa como indirecta. Por ejemplo, se ha observado la reacción del alumnado ante las explicaciones, si las actividades les resultaban llamativas o les aburrían, si los materiales utilizados facilitaban el desarrollo de la actividad o lo dificultaban, etcétera.

Por otra parte, también se ha evaluado el proceso de aprendizaje de los infantes durante la realización de la unidad para comprobar si los niños habían cumplido los objetivos propuestos anteriormente. Para ello, también se ha utilizado la observación como técnica de evaluación, tanto directa como indirecta a través de las actividades que han ido realizando los niños, así como su actitud positiva y su implicación hacia el trabajo. Por otra parte, también se ha querido comprobar si el alumnado respetaba las normas y a sus compañeros.

- **Instrumentos utilizados**

Para la realización del proceso de evaluación, se ha utilizado una escala de estimación de elaboración propia con la finalidad de recoger la información de una manera clara y sencilla. Las escalas de estimación son es una especie de listas graduadas donde el educador debe indicar el grado, la frecuencia o la descripción de una conducta o hecho observable, mediante la reacción o secuencia de los indicadores adecuados.

A continuación, se muestra la escala de estimación que se ha utilizado para evaluar el proceso de enseñanza:

INDICADORES	SÍ	NO	A VECES
Las actividades se han explicado de forma clara			
Los materiales utilizados han sido los adecuados			
El trato y la comunicación con las familias ha sido el adecuado			
El espacio utilizado para la realización de las actividades ha sido el adecuado			
Las dudas han sido resueltas			
Los objetivos se han enunciado de una forma clara y correcta			
Las actividades han estado acordes con los contenidos			

Los niños y niñas se han implicado en las actividades			
Las actividades han resultado agradables para el alumnado			
Las actividades han favorecido la autonomía de los niños/as			
Se ha mostrado interés por las actividades propuestas			
El nivel de las actividades ha sido el adecuado			
El tiempo empleado en la propuesta ha sido el adecuado			

Por otra parte, también se muestra una escala de estimación de elaboración propia utilizada para evaluar el proceso de aprendizaje y desarrollo del alumnado:

INDICADORES	SÍ	NO	A VECES
Progresar en la motricidad fina			
Muestra una mejora en la atención sostenida			
Muestra interés en las actividades			
Respetar el material			
Muestra una mejora en la atención dividida			
Domina la técnica de la pinza			

Progresa en la motricidad gruesa			
Desarrolla la escucha activa			
Muestra una mejora en la atención selectiva			
Utiliza su energía de forma correcta			
Tiene desarrollada la grafomotricidad			
Progresa en la concentración			
Trabaja en equipo			
Colabora con sus compañeros			
Tiene una buena memoria visual			
Respeto las normas			
Muestra respeto hacia sus compañeros			
Conoce los números			
Muestra una buena percepción visual			
Conoce los colores			
Tiene desarrollada la lateralidad			
Conoce las vocales			
Mejora en sus relaciones sociales			

Muestra una buena autoestima			
------------------------------	--	--	--

- **Criterios de evaluación**

A continuación, se muestra una tabla de elaboración propia con los criterios de evaluación para, posteriormente, ser utilizados en esta unidad. Estos criterios están extraídos del *Decreto 85/2008, de 3 de septiembre, por el que se establece el currículo del segundo ciclo de Educación Infantil.*

CRITERIOS DE EVALUACIÓN			
Nº	CONOCIMIENTO DE SÍ MISMO Y AUTONOMÍA PERSONAL	CONOCIMIENTO DEL ENTORNO	LENGUAJES: COMUNICACIÓN Y REPRESENTACIÓN
1	Manifiesta un conocimiento progresivo de su esquema corporal y un control creciente de su cuerpo.	Presenta manejo de las nociones básicas espaciales.	Utiliza la lengua oral, del modo más conveniente para una comunicación positiva con sus iguales y con las personas adultas, comprendiendo mensajes orales diversos, mostrando una actitud de escucha atenta y respetuosa.
2	Participa en juegos mostrando destrezas y habilidades manipulativas.	Muestra interés por el medio natural, cuida y respeta la naturaleza.	Muestra capacidad para expresarse y comunicarse oralmente, con progresiva claridad y corrección.



3	Muestra actitudes de colaboración y ayuda mutua en juegos diversos, evitando adoptar posturas de sumisión o de dominio, especialmente entre niños y niñas.	Conoce, cuida y respeta los objetos y espacios de su entorno.	Experimenta y explora las posibilidades expresivas del gesto, los movimientos, la voz, el color, la textura, la imagen o los sonidos.
4	Manifiesta respeto y aceptación por las características del resto de las personas, sin discriminación de ningún tipo y muestra actitudes de ayuda y colaboración	Identifica y conoce los grupos sociales más significativos de su entorno.	
5		Muestra integración y vinculación afectiva a los grupos más cercanos.	

## 6. CONCLUSIONES

Este trabajo me ha servido para profundizar enormemente en el tema del TDAH y para aprender aspectos importantes que anteriormente desconocía. He comprobado la dificultad que existe para detectar estos casos en el aula, ya que en muchas ocasiones la sintomatología presentada por los niños es achacada a la propia edad, aunque en muchos casos terminen siendo niños con TDAH o algún otro trastorno.

Como ya he mencionado, cada vez son más los casos existentes de TDAH en las aulas y los recursos para ello cada vez son más escasos. Debido a esto, los casos de TDAH se ven realmente afectados ya que la intervención tardará más en llegar o incluso no se llegará a llevar a cabo. Esto es realmente negativo, ya que considero muy importante que el diagnóstico y tratamiento del TDAH se pueda dar de forma temprana.

Los docentes juegan un papel muy importante en el diagnóstico del TDAH ya que, aunque no son los encargados de diagnosticarlo, son unas de las primeras personas que observan los síntomas que presentan los niños junto a sus familias. Debido a esto, los docentes serán quienes den los primeros pasos para el diagnóstico y tratamiento de este trastorno, iniciando las actuaciones necesarias para ello.

Por otra parte, he de decir que la realización de este trabajo me ha resultado compleja en muchos aspectos, ya que el TDAH es un trastorno muy complejo y sobre el que existen muchos estudios en la actualidad, de diversos autores y con opiniones dispares entre ellos, por lo que es muy complicado encontrar opiniones que sean comunes entre sí. Además, aunque se trata de un tema muy estudiado cabe destacar que aún hay muchos aspectos sin resolver, lo que lo hace aún más complejo de tratar.

En cuanto al tratamiento, se puede afirmar que el más eficaz es el tratamiento combinado, es decir, farmacológico, psicológico e intervención psicopedagógica, aunque también existen algunas discrepancias en cuanto a la necesidad del tratamiento farmacológico. Existen estudios en los que se confirma que el tratamiento farmacológico a largo plazo en niños con TDAH no es necesario, ya que se puede obtener una mejora en los síntomas de igual forma con y sin dicho tratamiento.

También he podido comprobar la importancia de conocer las diferentes técnicas existentes para trabajar con niños con TDAH, ya que de esta forma se logrará trabajar de forma eficaz con los mismos, además de poder disminuir o eliminar conductas que se consideran inadecuadas y sustituirlas por conductas adecuadas. Esto permitirá a los niños adaptarse mejor al entorno del colegio, además de reforzar sus habilidades sociales.

Por último, quiero destacar que me parece muy importante tener una buena relación familia-escuela en la intervención con estos niños, ya que de esta forma se conseguirán atender correctamente las necesidades que estos requieren. Los síntomas relacionados con el TDAH son síntomas que no están unidos a la buena sintonía en el aula, por lo que es responsabilidad de la familia y docentes de estos niños conseguir una mejora de dichos síntomas y poder llevar un día a día normal y feliz.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alanís, P. y Domínguez, M. (2018). *El TDAH: desde una intervención psicomotriz* [Trabajo Fin de Grado, Universidad de Sevilla]. [https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/81790/194\\_49135128%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/81790/194_49135128%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Alda, J. A., Serrano, E., Ortiz, J. y San, L. (2015). *TDAH y su tratamiento*. [https://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/1830.1-pildora\\_tdah.pdf](https://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/1830.1-pildora_tdah.pdf)
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3ªed.) (DSM-III)* (trad. cast. en Masson, 1984). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ªed.)*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (trad. cast. en López Ibor y Valdés, 2008). American Psychiatric Association. [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=m6Wdefn80DwC&oi=fnd&pg=PA1&dq=dsm+4+tr&ots=P9IhM0y\\_zq&sig=vw29tcwxJ4eVBMS9q-1JO7g1wgg#v=onepage&q=dsm%20%20tr&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=m6Wdefn80DwC&oi=fnd&pg=PA1&dq=dsm+4+tr&ots=P9IhM0y_zq&sig=vw29tcwxJ4eVBMS9q-1JO7g1wgg#v=onepage&q=dsm%20%20tr&f=false)
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5ªed.)*. American Psychiatric Association.
- ARIZA, M. C. C. (2010). Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): Concepto, Características e Intervención Educativa. *Innovación y Experiencias Educativas*, 28, 1-8. [https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero\\_28/MARIA\\_CRISTINA\\_CORTES\\_ARIZA\\_01.pdf](https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero_28/MARIA_CRISTINA_CORTES_ARIZA_01.pdf)
- Decreto 85/2008, de 3 de septiembre, por el que se establece el currículo del segundo ciclo de Educación Infantil. *Boletín Oficial del Principado de Asturias*, 212, de 11 de septiembre de 2008, 20438-20496. <https://www.asturias.es/bopa/2008/09/11/20080911.pdf>
- Esperón, C. S. y Suárez, A. D. (2007). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Editorial Médica Panamericana. [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=5mcc0E\\_r6DkC&oi=fnd&pg=PA1&dq=tdah+tipos&ots=9fSSA1-nCC&sig=OOmZTRyzHAOQNxh8-PjQgF\\_Xu2k#v=onepage&q=tipos&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=5mcc0E_r6DkC&oi=fnd&pg=PA1&dq=tdah+tipos&ots=9fSSA1-nCC&sig=OOmZTRyzHAOQNxh8-PjQgF_Xu2k#v=onepage&q=tipos&f=false)
- Fernandes, S. M., Piñón, A. y Vázquez-Justo, E. (2017). Concepto, evolución y etiología del TDAH. *Lex Localis*. <https://doi.org/10.4335/978-961-6842-80-8.1>
- Fundació Sant Joan de Déu. (Coord.) (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes*.

[https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1261/guia\\_practica\\_clinica\\_trastorno\\_deficit\\_atencion\\_hiperactividad\\_ni%c3%bls\\_adolescentes\\_2010\\_cas?sequence=1&isAllowed=y](https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1261/guia_practica_clinica_trastorno_deficit_atencion_hiperactividad_ni%c3%bls_adolescentes_2010_cas?sequence=1&isAllowed=y)

- García de Vinuesa, F., González-Pardo, H. y Pérez-Álvarez, M. (2014). *La invención del TDAH y del trastorno bipolar infantil*. (pp. 107-109). Alianza Editorial.  
[file:///C:/Users/omair/Downloads/volviendo-a-la-normalidad-la-invencion-del-tdah-y-del-trastorno-bipolar-infantil-marino-perez-alvarez\\_compress.pdf](file:///C:/Users/omair/Downloads/volviendo-a-la-normalidad-la-invencion-del-tdah-y-del-trastorno-bipolar-infantil-marino-perez-alvarez_compress.pdf)
- Iglesias, E. (2017). *Propuesta de intervención para alumnos con TDAH y prevención del fracaso escolar* [Trabajo Fin de Grado, Universidad de Valladolid].  
<http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/26965/TFG-G2649.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Martínez, A. M. S. (2010). ¿Qué es el TDAH? *Innovación y Experiencia*, 28, 1-10.  
[https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero\\_28/ANA\\_M\\_SIBON\\_1.pdf](https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero_28/ANA_M_SIBON_1.pdf)
- Orjales, I. (1999). *Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores*. Cepe.  
[file:///C:/Users/omair/Downloads/20110217\\_NXXYKQI2GI6hTpzu9FGGe\\_4.pdf](file:///C:/Users/omair/Downloads/20110217_NXXYKQI2GI6hTpzu9FGGe_4.pdf)
- Pascual-Castroviejo, I. (2008). Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Asociación Española de Pediatría y Sociedad Española de Neurología Pediátrica. Protocolos de Neurología*, 12, 140-150.  
[http://www.acanpadah.org/documents/AEP\\_-\\_protocolos\\_diagnostico\\_terapeuticos\\_de\\_AEP.Nerurologia\\_pediatica.pdf](http://www.acanpadah.org/documents/AEP_-_protocolos_diagnostico_terapeuticos_de_AEP.Nerurologia_pediatica.pdf)
- Ramos, M. R. (2007). *Tratamiento de la hiperactividad: Un acercamiento a los Trastornos de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*. Ideaspropias Editorial SL.  
<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=IiD9CAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT8&dq=causas+tdah&ots=oixXLmmudE&sig=kuIRCH9ePgdY2L6ks6Rl6nEZiIo#v=onepage&q&f=false>
- Remón Navarro, C. (2014). *Relevancia de una actuación temprana en las fases iniciales del TDAH en el contexto de Aragón* [Trabajo Fin de Grado, Universidad de Zaragoza].  
<https://zaguan.unizar.es/record/16782/files/TAZ-TFG-2014-2025.pdf>
- Resolución de 16 de marzo de 2009, de la consejería de educación y ciencia, por la que se regulan aspectos de ordenación académica y la evaluación del aprendizaje de las niñas y los niños del segundo ciclo de educación infantil. *Boletín Oficial del Principado de Asturias*, 77, de 16 de marzo de 2009, 1-13.  
<https://www.educastur.es/documents/10531/40578/2009->

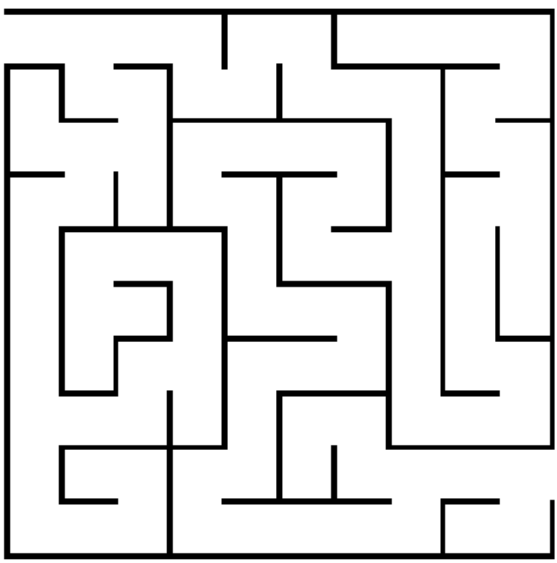
[04+BOPA+de+2+de+abril+de+2009+%28pdf%29/e25fcc67-0d2e-4c65-a65e-5060f98e29c7](https://doi.org/10.1542/peds.2014-3482)

Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E. y Glasziou, P. (2015). Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Pediatrics*, 134 (4), e994-e1001. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3482>




Anexo 2. Laberinto animal

☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆



NOMBRE:



☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆

Anexo 3. ¿Qué soy?

☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆

16 15 14 9 8 7 6  
17 10 5  
11 4  
18 12 3  
19 20 1 2 33  
21 34 32  
22 28 31  
23 25 26 27 29 30  
24

NOMBRE:

☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆