

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN EDUCACIÓN ESPECIAL POR
LA UNIVERSIDAD EUROPEA DE VALENCIA.**

¡NOS AYUDAMOS!

**Propuesta de intervención para
alumnos con TDAH. Guía de
estrategias y recursos para
familias y docentes.**

Presentado por:

VERÓNICA MARTÍN HERRERO

Dirigido por:

MARÍA ÁNGELES BLANCO PORTILLO

OCTUBRE 2022

Agradecimientos a.

“A mis padres, a mi hermano, a mi pareja y a toda mi familia, sólo puedo expresar mi más sincero agradecimiento por apoyarme durante toda mi etapa académica y porque lo sigáis haciendo en el futuro”.

“A mi tutora del TFM por su acompañamiento, su energía y su apoyo durante esta fase, y por haber sido mi guía y mi estímulo durante la redacción de mi TFM”.

ACRÓNIMOS

ACIS: Adaptaciones Curriculares Individuales Significativas.

ACNEAE: Alumnos con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo.

ACNEE: Alumnos con Necesidades Educativas Especiales.

ADHD: Attention Deficit Hyperactivity disorder.

APA: American Psychological Association.

CIE-10/11: Clasificación Internacional de Enfermedades.

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, versión 5^o

EOEP: Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica.

LOMCE: Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa.

LOMLOE: Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PT: Pedagogía Terapéutica.

TDA: Trastorno por Déficit de Atención.

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad.

TFM: Trabajo de Fin de Máster.

RESUMEN

“Por eso, tú, que eres actor secundario en esta historia, apréndete tu papel, porque parte de la solución depende de tu actitud frente al TDAH”. Con esta frase se inicia el trabajo que se presenta, haciendo un llamamiento a las personas que trabajan con niños/as con Trastornos de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

Los trastornos del neurodesarrollo, en este caso el TDAH, es uno de los más comunes y en ocasiones, se convierte en uno de los problemas de los menores. Dicho trastorno se hace evidente y se manifiesta tanto en los centros escolares como en los hogares, ocasionando que los sujetos que lo padecen presenten dificultades de atención, hiperactividad y/o impulsividad, lo que conlleva dificultades en el rendimiento académico.

A través del trabajo se ofrece una guía de estrategias y recursos a docentes y familias para ayudar en el trabajo con menores con TDAH.

PALABRAS CLAVE

TDAH, atención, hiperactividad, impulsividad, rendimiento académico, docentes, familia y alumnos.

ABSTRACT

"That's why you, who are a secondary actor in this story, learn your role, because part of the solution depends on your attitude towards ADHD." With this phrase the work that is presented begins, making an appeal to people who work with children with Attention Deficit Hyperactivity Disorders (ADHD).

Neurodevelopmental disorders, in this case ADHD, are one of the most common and sometimes become one of the problems of minors. This disorder is evident and manifests itself both in schools and in homes, causing the subjects who suffer from it to have attention difficulties, hyperactivity and/or impulsivity, which leads to difficulties in academic performance.

Through the work, a guide of strategies and resources is offered to teachers and families to help in working with minors with ADHD.

KEY WORDS

ADHD, attention, hiperactivity, impulsiveness, academic performance, teachers, family and students.

“¿Especial?... lo que tengo de especial son unos padres¹ y un entorno que han luchado porque sea lo más autónomo posible”.

Pablo Pineda (2011)

¹ A lo largo del presente trabajo se ha intentado utilizar el lenguaje inclusivo para referirnos a ambos sexos. Sin embargo, en alguna ocasión para facilitar su lectura se ha utilizado el masculino genérico sin ánimo de discriminar a ninguno de los dos sexos.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	9
2.	MARCO TEÓRICO	10
2.1.	EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL TDAH	10
2.2.	ETIOLOGÍA DEL TDAH	14
2.3.	EVALUACIÓN DEL TDAH	15
2.4.	DIAGNÓSTICO DEL TDAH.....	19
2.4.1.	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	19
2.4.2.	COMORBILIDAD	23
2.5.	INTERVENCIÓN DEL TDAH.....	23
2.5.1.	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	23
2.5.2.	INTERVENCIÓN FAMILIAR.....	24
2.5.3.	INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA.....	24
2.6.	EL TDAH Y SUS PRINCIPALES DIFICULTADES	26
2.6.1.	ATENCIÓN	26
2.6.2.	CONDUCTA.....	27
2.6.3.	RENDIMIENTO ACADÉMICO.....	28
3.	PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA.....	29
3.1.	JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS	29
3.2.	METODOLOGÍA	30
3.3.	POBLACIÓN DIANA	30
3.4.	ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS GENERALES DE TRABAJO CON PERSONAS CON TDAH.....	31
3.5.	ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN.....	31
3.5.1.	AUTOINSTRUCCIONES.....	32
3.5.2.	APOYOS VISUALES	33
3.5.3.	PAUTAS Y ACTIVIDADES PARA TRABAJAR LA ATENCIÓN	34

3.6. ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA IMPULSIVIDAD Y MEJORA DE LA CONDUCTA.....	35
3.6.1. CONDUCTAS	35
3.6.2. TÉCNICAS DE RELAJACIÓN.....	39
3.7. ESTRATEGIAS PARA MEJORA DEL RENDIMIENTO ACADÉMICO	42
3.7.1. ORIENTACIONES EN EL AULA	42
3.7.2. ORIENTACIONES EN EL HOGAR	43
3.7.3. USO DE LAS TIC.....	43
4. SEGUIMIENTO DE LA INTERVENCIÓN.....	44
5. CONCLUSIÓN.....	45
6. REFERENCIAS	46
7. ANEXOS	50
7.1. ANEXO I: AUTOINSTRUCCIONES	50
7.2. ANEXO II: HORARIO CON APOYOS VISUALES	51
7.3. ANEXO III: TABLA DE MULTIPLICAR	52
7.4. ANEXO IV: EJEMPLO DE PICTOESQUEMA	53
7.5. ANEXO V: TÉCNICAS DE RELAJACIÓN	54

ÍNDICE FIGURAS

Figura 1. <i>Contextos del TDAH</i>	15
---	----

ÍNDICE TABLAS

Tabla 1. Pruebas Psicopedagógicas para la evaluación del TDAH.	17
Tabla 2: Conductas observadas, técnicas y estrategias para la mejora de la impulsividad y la conducta.	36

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

“Por eso, tú, que eres actor secundario en esta historia, apréndete tu papel, porque parte de la solución depende de tu actitud frente al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)” (Takeda, 2016).

¿Si se utilizaran diferentes recursos con los alumnos con TDAH se podría ayudar a los estudiantes sin tener que llegar a mayores dificultades en su aprendizaje o incluso a un fracaso escolar? Es posible que sí, y a lo largo del desarrollo del trabajo trataré de recoger como los diferentes recursos y estrategias metodológicas ayudan en el proceso de enseñanza-aprendizaje de cada persona.

Uno de los intereses para la realización de este trabajo es la prevalencia de este trastorno, que en los últimos años se ha incrementado de manera notable. El TDAH es uno de los trastornos que más se diagnostica en la población infantil y adolescente (Barkley, 2016; Catalá-López y Hutton, 2018), y que persiste en un alto porcentaje de sujetos durante la edad adulta (Eme, 2017).

Conocer la etiología y los factores implicados del TDAH es importante para dar una respuesta ajustada a las necesidades que plantean este tipo de alumnado. Algunos autores como Silverstein et al. (2020) señalan que la mayoría de las personas con TDAH presentan mayores dificultades en los procesos cognitivos, autorregulación, alteraciones afectivas, emocionales y de motivación. Por ello, el trastorno tiene un impacto muy importante sobre los diferentes ámbitos de desarrollo: personal, familiar, social, académico y emocional (Alberdi-Páramo y Pelaz-Antolín, 2019; Rubio et al., 2016). Teniendo en cuenta a Hinshaw (2018) es imprescindible tener una visión integral del TDAH, ya que permite comprender mejor el trastorno y poder tener en cuenta, todos los posibles análisis y contextos en los que la persona se desenvuelve.

Además de lo expuesto, en mi práctica diaria como orientadora en un Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP) que atiende alumnado de las etapas educativas de segundo ciclo de Educación Infantil y toda la Educación Primaria, he podido evidenciar las dificultades que existen en las aulas y el desconocimiento que tienen los docentes para atender al alumnado que presenta características propias o diagnóstico del Trastorno del Déficit de Atención (a partir de ahora TDA) con o sin Hiperactividad y poder atenderlas, así como a las familias.

El *objetivo principal* del Trabajo de Fin de Máster (TFM) es dar una respuesta ajustada a las necesidades y características que presentan los alumnos con TDAH, ofreciendo una serie de recursos y estrategias tanto a los docentes como a las

familias, a través de una guía de recursos, favoreciendo la inclusión y la ayuda en el proceso de enseñanza- aprendizaje. Por ello, los *objetivos específicos* son:

- Adquirir una base teórica actual sobre el TDAH y su implicación en el sistema educativo.
- Revisar diferentes recursos y estrategias de utilidad para la familia y escuela, en la actuación con los alumnos con TDAH.

Para poder dar respuesta a los objetivos planteados, el TFM se estructura en cuatro partes:

En la primera parte, se presenta una introducción al tema abordado, así como la justificación, haciendo hincapié en la importancia de investigar sobre el alumnado de TDAH para poder atender sus necesidades.

La segunda parte se centra en el marco teórico y las fuentes documentales revisadas para conocer qué es el TDAH, su evolución, la evaluación y diagnóstico. Así como, los diferentes tratamientos e intervención que se llevan a cabo con este alumnado, destacando sus principales dificultades.

En la tercera parte he planteado la guía de trabajo tanto para docentes como familias que atiende a este alumnado.

Por último, un seguimiento de la intervención y una conclusión de cierre del TFM.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL TDAH

A lo largo de la historia, han sido numerosas definiciones las que se le han dado al trastorno. La primera de ella, se le atribuye a Heinrich Hoffman (1845), que lo describe en sus libros infantiles, como un niño que no puede estar quieto cuando está sentado, y otros casos clínicos similares, lo que es probable que estos casos tuvieran un diagnóstico del TDAH. Posteriormente, Bournerville (1887) los describe como "niños inestables" que se caracterizan por una inquietud física y psíquica, con una actitud destructiva asociado a un leve retraso mental. En el año 1901, se describe a los niños con TDAH como muy hábiles comportamentalmente, pero con dificultades atencionales (Demoor, 1901). Un año más tarde Still (1902), los define como niños con discapacidad en la fuerza de voluntad. Posteriormente, Hohman, Khan y Cohen (1934) atribuyen la hiperactividad a una enfermedad neurológica, que la denominaron Síndrome de lesión cerebral humana. Clements y Peters (1962, 1966) sustituyeron el término por el de disfunción cerebral mínima que se caracteriza por hiperactividad,

déficit de atención, bajo control de impulsos, agresividad, fracaso escolar y labilidad emocional. La Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 1968) introduce en el DSM-II el término reacción hiperkinética de la infancia.

La Dra. Douglas impulsó el término TDAH, en 1980 en el DSM-III se recoge Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. En 1992, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone el término Trastorno hiperkinético (CIE-10). Dos años más tarde, el DSM- IV (1994) introduce 3 subtipos:

1. **Predominante Inatento:** existen al menos 6 síntomas de atención, pero menos de 6 en impulsividad-hiperactividad, están presentes por un mínimo de 6 meses.

Los síntomas de inatención son:

- A menudo no presta atención en los detalles o comete errores por descuido en el trabajo escolar u otras actividades.
- A menudo tiene dificultad para la atención sostenida en tareas y juegos.
- A menudo no parece escuchar cuando le están hablando directamente.
- A menudo no sigue las instrucciones o no consigue terminar los deberes, obligaciones...
- A menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
- A menudo evita, rechaza tareas que requieren un esfuerzo mental continuado.
- A menudo pierde cosas necesarias para tareas o actividades.
- A menudo se distrae fácilmente por estímulos externos.
- A menudo es olvidadizo en sus tareas diarias.

2. **Predominante Hiperactivo/Impulsivo:** existen al menos 6 síntomas de hiperactividad-impulsividad, pero menos de 6 en atención, están presentes por un mínimo de 6 meses. Los síntomas de hiperactividad e impulsividad son:

A) Hiperactividad:

- A menudo presenta inquietud con sus manos o pies o se revuelve en el asiento.
- A menudo se levanta de la silla en clase o en otras situaciones en las que debería permanecer sentado.
- A menudo corre o salta excesivamente en situaciones inapropiadas.
- A menudo tiene dificultad para jugar o realizar actividades de ocio con tranquilidad.
- A menudo está excitado o “va como una moto”.

- A menudo habla excesivamente.

B) Impulsividad:

- A menudo responde antes que la pregunta haya sido finalizada
- A menudo tiene dificultad para aguardar turno en juego o situaciones de grupo.
- A menudo interrumpe o interfiere a los demás (conversaciones, juegos...).

3. **Combinado:** si al menos 6 de los síntomas de atención y 6 de los síntomas de hiperactividad-impulsividad, vistos anteriormente, están presentes durante un mínimo de 6 meses.

Barkley (1997) realiza una de las definiciones más aceptadas, el TDAH como un déficit en el control inhibitorio.

A pesar de la existencia de multitud de definiciones y de modelos explicativos diferentes, no ayuda a unificar la definición y características del TDAH, por ello se propone como necesario la validez de varios modelos y definiciones.

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH, en inglés su abreviatura es ADHD Attention Deficit Hyperactivity Disorder), a veces también se le denomina SDAH (Síndrome de Déficit de Atención/Hiperactividad) es un trastorno del neurodesarrollo. Presenta una gran variedad de síntomas, que se manifiestan antes de los doce años e involucra dos o más ámbitos de la vida del sujeto, lo que dificulta poder encontrar una definición global y que sea aceptado por todos los autores y personas que trabajan con pacientes que están diagnosticados de este trastorno.

El único consenso que existe entre la mayoría de los autores que hablan acerca del TDAH es destacar que se dan tres síntomas característicos en este trastorno (Orjales, 2007, Pinazo et al. 2020, Silverstein et al. 2020): problemas para prestar atención y mantener la concentración, dificultades para controlar la impulsividad y, por último, la hiperactividad, por ello se puede decir que son los tres pilares del TDAH.

La última versión traducida al castellano del manual DSM, es la correspondiente al DSM-V, que fue realizada por la Editorial Médica Panamericana en el año 2014. En dicho manual, el trastorno al que se hace referencia y nos ocupa, el TDAH, ha sufrido modificaciones significativas tanto cualitativas como cuantitativas, con respecto a las últimas versiones de 1994 (DSM-IV) y la revisión de ésta en el año 2000 (DMS-IV-TR).

Los cambios que han sido oficialmente registrados son:

- Desaparece el capítulo específico de “trastornos del niño y del adolescente”, ya que esta patología psiquiátrica presenta una continuidad desde la infancia hasta la edad adulta.
- En el último manual, se contempla el diagnóstico del TDAH en adultos, incluyendo entre los criterios diagnósticos indicaciones específicas para la edad adulta.
- Los signos del trastorno pueden ser mínimos o estar ausentes cuando el individuo recibe recompensas frecuentes por comportamientos apropiados, está bajo supervisión, ante actividades especialmente interesantes, etc.
- En referencia a la prevalencia del trastorno, ocurre en la mayoría de las culturas un 5% en niños y un 2,5% en adultos aproximadamente.

Por su parte la OMS presentó la undécima edición de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-11), que sustituye a la CIE-10 (1994), y que entró en vigor el 1 de enero de 2022. El TDAH aparece en el apartado de trastornos del neurodesarrollo y lo describe como un trastorno por déficit de atención con hiperactividad que se caracteriza por un patrón persistente de falta de atención y/o hiperactividad-impulsividad (al menos de 6 meses), que tiene un impacto negativo directo en el funcionamiento académico, ocupacional o social, y aparece antes de los 12 años. La falta de atención se refiere a una dificultad significativa para mantener la atención en tareas que no proporcionan un alto nivel de estimulación o recompensas frecuentes, distracción y problemas de organización. La hiperactividad se refiere a una actividad motora excesiva y dificultades para permanecer quieto, más evidente en situaciones estructuradas que requieren autocontrol conductual. La impulsividad es una tendencia a actuar en respuesta a estímulos inmediatos, sin deliberación ni consideración de los riesgos y consecuencias.

En resumen, nos encontramos ante un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por presentar tres síntomas: déficit de atención, impulsividad e hiperactividad motora y/o vocal. Afecta a una parte considerable de la población, que se detecta desde edades muy tempranas, que, junto a un diagnóstico correcto y un buen manejo psicopedagógico, médico y familiar beneficiará al sujeto.

2.2. ETIOLOGÍA DEL TDAH

A pesar de las diferentes investigaciones y avances en las técnicas de diagnóstico por neuroimagen, a día de hoy, se desconoce la etiología del TDAH con certeza; no obstante, sí parece existir evidencia en la heterogeneidad del trastorno que se manifiesta por la combinación de diferentes factores biológicos que interactúan con otras variables ambientales, además las relaciones causales pueden ser muy variadas en función de los subtipos. A partir de las revisiones bibliográficas realizadas sobre la etiología del TDAH, se pueden diferenciar las siguientes causas:

Causas genéticas:

Diferentes estudios han documentado la transmisión genética del TDAH (Barkley, 2002, citado en González, 2006). Una de las causas sería la alteración en el metabolismo de la dopamina y noradrenalina. Existe una estrecha relación entre el TDAH y la posibilidad de la herencia.

Causas biológicas:

En el modelo médico, afirman la existencia de factores orgánicos como base de este trastorno (Casajús, 2009). En este enfoque, la hiperactividad se trata de un trastorno neuroevolutivo y crónico cuyo origen no es un trastorno adquirido.

Causas ambientales:

Los estudios en diferentes pacientes han demostrado que estas causas no son tan importantes como las genéticas, pero si se suman cobran mayor importancia.

Algunos factores como la prematuridad, el bajo peso al nacer, consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias durante el embarazo pueden influir en la aparición del TDAH (Barkley, 2002).

Saiz (2018) estima la existencia de una prevalencia global del TDAH entre el 1,4% y el 3%. En España, la prevalencia de menores de 18 años se ha estimado en un 6,8%. Por su parte la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH, 2022) el TDAH lo padecen entre un 2% y un 5% de la población infantil, además es uno de los trastornos más importantes dentro de la Psiquiatría Infanto-Juvenil siendo casi un 50% de la población. Por su parte, los varones suelen sufrir TDAH más que las mujeres, en una proporción aproximada de 4 a 1.

2.3. EVALUACIÓN DEL TDAH

Debido a la definición tan extensa y controvertida que presenta el TDAH, en ocasiones, los síntomas de inquietud e inatención pueden ser mal interpretados, además de que las manifestaciones del trastorno cambian con la edad, llegando a ser más complejos durante la adolescencia.

Para llevar a cabo un correcto diagnóstico, en el CIE-11 y el DSM-V ofrecen criterios diagnósticos de inatención, hiperactividad e impulsividad, que estuvieran presentes antes de los 12 años, en dos o más contextos de la vida. Para que un alumno sea diagnosticado se deben dar de manera persistente, mínimo durante los últimos 6 meses, al menos 6 de los síntomas de inatención y/o 6 de hiperactividad/impulsividad, que provoquen en el sujeto un normal funcionamiento y desarrollo en dos o más contextos (Figura 1).

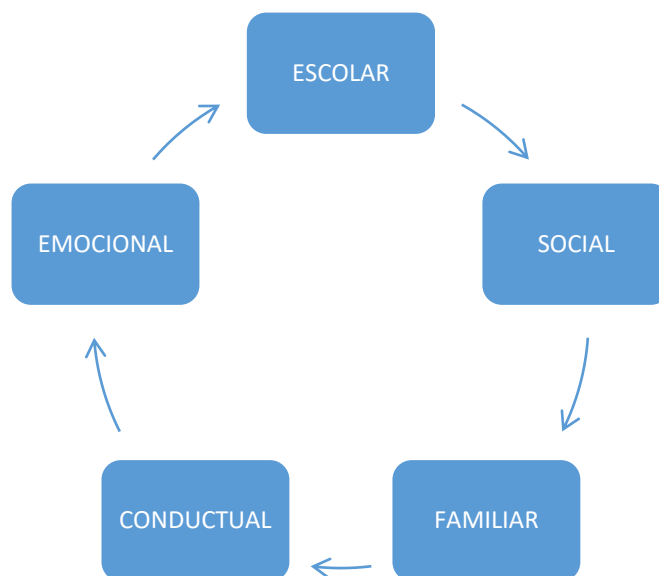


Figura 1. Contextos del TDAH

En España, teniendo en cuenta la legislación educativa vigente, la Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOMLOE), engloba a este tipo de alumnado en el Título II “Equidad de la Educación”, Capítulo I “Alumnado con necesidad específica de apoyo educativo” (ACNEAE) donde se recogen 8 grupos:

- Alumnado con Necesidades Educativas Especiales. (ACNEE).
- Alumnado con Retraso Madurativo.

- **Alumnado con Trastorno de Atención o de Aprendizaje.**
- Alumnado con desconocimiento grave de la lengua de aprendizaje.
- Alumnado por encontrarse en situación de vulnerabilidad socioeducativa.
- Alumnado con Altas Capacidades Intelectuales.
- Alumnado con trastornos del desarrollo del lenguaje y la comunicación.
- Alumnado de Incorporación tardía al Sistema Educativo, Condiciones personales o Historia Escolar.

Con la legislación anterior, Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa (LOMCE) empleaba el término TDAH, con el cambio de normativa este alumnado queda recogido en ACNEAE con Trastorno de Atención o de Aprendizaje. Las Administraciones dispondrán a los centros, de los medios para que alcance el máximo desarrollo personal, intelectual, social y emocional. Además, deberá asegurar los recursos necesarios, para la detección precoz de los alumnos con necesidades educativas especiales, temporales o permanentes y del apoyo preciso desde el momento de su escolarización o de la detección de sus necesidades.

Asimismo, teniendo en cuenta el Real Decreto 157/2022, de 1 de marzo, por el que se establecen la ordenación y las enseñanzas mínimas de la Educación Primaria, la escolarización de este alumnado se regirá por los principios de normalización e inclusión, asegurando su no discriminación y la igualdad efectiva en el acceso y permanencia en el sistema educativo.

En la Comunidad de Madrid, es necesario que los servicios sanitarios de Neurología confirmen el diagnóstico de TDAH, después será el orientador quien valorará el tipo de Necesidad Educativa Específica de Apoyo Educativo a través de la evaluación psicopedagógica que según se recoge en la Orden 1493/2015 es el proceso de recogida, análisis y valoración de la información relevante referida al alumno/a y a su contexto familiar y escolar necesaria para determinar si un alumno/a tiene necesidades educativas especiales, si precisa adaptación curricular de acceso o significativa, de enriquecimiento, ampliación curricular o flexibilización del período de escolarización y para tomar las decisiones relativas a su escolarización y promoción. Las conclusiones que se derivan se recogen en un informe psicopedagógico.

Para poder realizar una evaluación del TDAH lo más completa posible, es necesario tener en cuenta los diferentes contextos en los que se desenvuelve el sujeto con el fin de identificar las necesidades que presenta en cada uno de ellos:

- *Contexto familiar:* recogida de información a través de entrevistas a los familiares y/o tutores legales del menor.
- *Contexto sanitario:* informa del Servicio de Neurología, donde se recoja que presenta TDA o TDAH.
- *Contexto social:* recogida de información a través de la observación en el aula y en el patio, para ver las relaciones sociales. Además, de la información recogida en la entrevista familiar sobre las relaciones sociales fuera del contexto escolar (parque, actividades extraescolares...).
- *Contexto educativo:* la información relativa a este contexto se recogerá de dos formas, por un lado, entrevistas con el equipo docente y, por otro lado, pruebas estandarizadas.

Tras la revisión de pruebas estandarizadas para la evaluación psicopedagógica y teniendo en cuenta los síntomas más importantes en el TDAH, en la tabla que se muestra a continuación (Tabla 1), se recoge algunas pruebas psicopedagógicas que se pueden utilizar para el diagnóstico del trastorno. Estas se agrupan teniendo en cuenta los aspectos más frecuentes a evaluar para su diagnóstico: *atención, síntomas propios del TDAH y funciones ejecutivas.*

Tabla 1. Pruebas Psicopedagógicas para la evaluación del TDAH.

	PRUEBA	EDAD	AUTOR/AÑO	DESCRIPCIÓN
INTELIGENCIA	WISC-V	6-16 años	Weschler 2014	Es un instrumento clínico de aplicación individual que evalúa la inteligencia, además de las principales áreas específicas (comprensión verbal, razonamiento perceptivo, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento).
	Escala de Inteligencia de Reynolds (RIAS)	3-94 años	Cecil R. Reynolds y Randy W. Kamphaus 2009	Es un test de inteligencia de aplicación individual. Proporciona un Índice de Inteligencia Verbal, un Índice de Inteligencia No Verbal y un Índice de Memoria general.

	Matrices Progresivas (RAVEN'S 2)	4-69:11 años	J.C. Raven 2019	Test de evaluación de la inteligencia en general.
ATENCIÓN	Test de Percepción de Diferencias (Caras-R)	6-18 años	L.L. Thurstone 2012	Evalúa la aptitud perceptivas y atencionales.
	Tarea de Atención Sostenida en la Infancia (CSAT-R)	6-11 AÑOS	Severa y Llabrés 2015	Evalúa la atención sostenida teniendo en cuenta las variables de: aciertos, omisiones y tiempo de reacción a los estímulos. Es una prueba por ordenador.
	Test de Atención D2	6-80 años	Brickenkamp y Zillme 2022	Evalúa la atención.
SÍNTOMAS DEL TDAH	Escala de Conners	3-17 años	Conners 2008	Evalúa los síntomas y las conductas asociadas al TDAH. Cuestionario a familia y profesorado.
	Evaluación del TDAH EDAH	6-12 años	Farré y Narbona 1998	Evalúa el déficit de atención con hiperactividad, se obtienen puntuaciones de 4 escalas: Hiperactividad, Déficit de atención, Hiperactividad con Déficit de atención y Trastorno de conducta. Cuestionario al profesorado.

	SNAP-IV	3-17 años	Swanson, Nolan y Pelham 2003	Evalúa la presencia y severidad de conductas indicadoras de TDAH. Es cumplimentado por familia y profesorado.
FUNCIONES EJECUTIVAS	Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños (ENFEN)	6-12 años	Portellano, Martínez y Zumárraga 2009	Evalúa las funciones ejecutivas, nivel de madurez y rendimiento cognitivo.
	Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva- 2 (BRIEF-2)	5-18 años	Gioia, Isquith y Kenworthy 2017	Evalúa de las funciones ejecutivas, regulación conductual, regulación emocional, regulación cognitiva, inhibición, flexibilidad, control emocional.... Cuestionario cumplimentado por parte del profesorado y familia.

2.4. DIAGNÓSTICO DEL TDAH

El diagnóstico temprano y correcto del TDAH es esencial para poder ofrecer una respuesta educativa, social, familiar y personal lo más ajustada posible. Por ello, además de una buena evaluación psicopedagógica junto al informe sanitario, es importante tener en cuenta los criterios diagnósticos del DSM-V y conocer las diferentes comorbilidades que puede presentar el trastorno.

2.4.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Basándonos en la publicación de la APA del DSM-V (2013), y su traducción al español del DMS-V (2014) en la que se define los criterios que se deben utilizar para poder realizar un diagnóstico de TDAH, se establece que se deben cumplir varios de

los ítems que se describen en unos períodos temporalmente determinados (mínimo 6 meses). Se dividen en dos apartados, uno correspondiente a los signos de desatención y el otro hace referencia a los signos de hiperactividad-impulsividad, cada uno de ellos están formados por 9 ítems.

A- Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo que se caracteriza por (1) y/o (2).

INATENCIÓN

Si se dan seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido 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. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años), se requiere un mínimo de 5 síntomas.

1. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (por ejemplo, se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).

2. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (por ejemplo, tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o lectura prolongada).

3. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ejemplo, parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).

4. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (por ejemplo, inicia tareas, pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).

5. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (por ejemplo, dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).

6. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo, tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).

7. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles de trabajo, gafas, móvil).

8. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).

9. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (por ejemplo, hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD

Si se dan seis (o más) de los siguientes síntomas y se han mantenido 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. Siendo para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de 5 síntomas.

1. Con frecuencia juguetea o golpea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento.

2. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (por ejemplo, se levanta en clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, en situaciones que requieren mantenerse en su lugar).

3. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)

4. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.

5. Con frecuencia está “ocupado”, actuando como si “lo impulsara un motor” (por ejemplo, es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).

6. Con frecuencia habla excesivamente.

7. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (por ejemplo, termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).

8. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (por ejemplo, mientras espera una cola).

9. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (por ejemplo, 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 los otros).

B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (por ejemplo, en casa, en el colegio o el trabajo; con los amigos o familiares; en otras actividades).

D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

En función de los resultados obtenidos, se podrán clasificar de las siguientes formas:

- **Presentación combinada:** Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.
- **Presentación predominante con falta de atención:** Si se cumple el Criterio A1 pero no lo hace el Criterio A2, durante los últimos 6 meses.
- **Presentación predominante hiperactiva/impulsiva:** Si se cumple el Criterio A2, pero no se cumple el Criterio A1, durante los últimos 6 meses.

Hidalgo (2007) afirma que existen tres síntomas básicos en el TDAH:

- Déficit de atención: falta de perseverancia en la atención o atención dispersa.
- Hiperactividad: movimiento excesivo e indiscriminado, hipercinesia.
- Impulsividad: dificultad en el control de impulsos.

Además, de los síntomas principales mencionados, hay que tener en cuenta los niveles conductuales y cognitivos (Garrido-Landívar, 2017). Por ello, esas dificultades

hacen que tengan dificultades para permanecer sentados durante una explicación, actuar con impulsividad, molestar a los compañeros (Fox et al., 2020).

2.4.2. COMORBILIDAD

El TDAH presenta una alta comorbilidad, es decir, que junto a él suelen aparecer otro tipo de trastornos asociados, algunos de ellos son el Síndrome de Tourette, Tics, Trastorno Negativista Desafiante, lo que provoca un agravamiento de las consecuencias del trastorno (Mariño, Sanz y Fernández, 2017).

Fernandes et al. (2017) afirman que hay determinadas características que hacen que aumente la probabilidad de que emerja un trastorno comórbido, que suele estar relacionado con la edad, el bajo cociente intelectual, escaso nivel cultural y educativo, trastornos específicos del aprendizaje, trastorno en la lecto-escritura y/o antecedentes familiares.

Entre las comorbilidades más frecuentes se encuentran: trastornos de abuso de sustancias, trastornos de ansiedad, trastornos emocionales, trastornos del aprendizaje, trastornos de la personalidad, trastorno oposicionista-desafiante, trastornos de conducta y otros como los tics, trastornos de sueño, trastornos de coordinación y percepción, autismo (Barkley, 2006), a pesar de que las frecuencias presentan variabilidad entre los diferentes estudios.

2.5. INTERVENCIÓN DEL TDAH

El principal objetivo que se pretende con el diagnóstico es conseguir una intervención adecuada para potenciar el mayor desarrollo personal, social, escolar y familiar posible. Para ello es necesario realizar una intervención de forma multidisciplinar y multimodal, en la que se contemple el tratamiento farmacológico, la intervención familiar y la intervención psicoeducativa de una manera coordinada y complementaria, tal y como detallaré a continuación.

2.5.1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Se realiza un diagnóstico clínico del TDAH y de posibles trastornos asociados. En caso de que se considere necesarios, se aplica un tratamiento farmacológico con el objetivo de reducir los síntomas del trastorno. Existen dos grupos de medicación para el TDAH:

1. Estimulantes:
 - Metilfenidato:
 - Acción corta: por ejemplo, Rubifén, con una duración de 4 horas.

- Acción intermedia como el Medikinet, duración de 8 horas.
 - Acción larga, por ejemplo, Concerta, duración del efecto entre 10 y 12 horas.
 - Dextroanfetamina:
 - Acción corta: por ejemplo, Dexedrine, se trata de una liberación prolongada.
 - Acción larga, por ejemplo, Lisdexanfetamina, presenta una duración de 13 horas.
2. No estimulantes:
- Atomoxetina.
 - Guanfacina.

Los fármacos más utilizados son los psicoestimulantes (Metilfenidato y Atomoxetina), que reducen los síntomas de la hiperactividad, así como los aspectos cognitivos: atención, funciones ejecutivas....

2.5.2. INTERVENCIÓN FAMILIAR

La familia es el primer grupo de relación social que tiene el sujeto, además, de uno de los principales ámbitos de socialización del menor, por lo que es importante las pautas y modelos que se sigan en casa.

El TDAH suele generar conflictos y dificultades emocionales en las familias, por lo que es importante el trabajo con ellos, ayudando en la gestión de las diferentes dificultades que pueden surgir. Además, de la importancia de que la familia se informe acerca del TDAH y establezca unas buenas relaciones con el ámbito sanitario y educativo.

Por ello, no solo hay que trabajar con el menor y el equipo docente, sino también implicar a las personas que convivan con el sujeto, proporcionándoles estrategias y recursos que ayuden a ambas partes.

2.5.3. INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

En los últimos años, la prevalencia del TDAH ha aumentado en los centros educativos y en las aulas, este alumnado presenta unas necesidades educativas que han de ser atendidas con el objetivo de favorecer un desarrollo lo más óptimo posible. De ahí, la importancia que todo el centro educativo, y en especial, los docentes estén informados acerca de este trastorno para poder dar respuesta a las necesidades que presenta el alumnado.

La atención educativa que se presta en los centros viene enmarcada por la legislación educativa vigente tanto a nivel nacional como autonómico. Como hemos mencionado anteriormente, la ley marco es la LOMLOE, 3/2020, de 29 de diciembre.

Uno de los cambios a nivel legislativo que se han producido es que los alumnos con TDAH han pasado a ser ACNEAES y no se habla del TDAH sino de Alumnos con Trastorno de Atención o Aprendizaje, lo que supone que estos alumnos no se incluyen dentro de los ACNEES.

En la Comunidad de Madrid, según el Decreto 61/2022, de 13 de julio, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la ordenación y el currículo de la etapa de Educación Primaria recoge en su artículo 16 al alumnado con dificultades específicas de aprendizaje y establece que la atención educativa es incluir la aplicación de medidas que garanticen el acceso a la evaluación de este alumnado.

Además, a nivel de aula se aplican medidas metodológicas y las recogidas en las Instrucciones de 12 de diciembre de 2014, conjuntas de la Dirección General de Educación Infantil y Primaria y de la Dirección General de Educación Secundaria, Formación Profesional y Enseñanzas de Régimen Especial, sobre la aplicación de medidas para la Evaluación de los Alumnos con dislexia, otras dificultades específicas de aprendizaje o trastorno por déficit de atención e hiperactividad en las enseñanzas de Educación Primaria, Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato reguladas en la Ley Orgánica 2/2006 de 3 de mayo, de Educación. del 12 de diciembre de 2014, en la que se hace referencia a estos aspectos:

- Adaptación de tiempos: hasta un máximo de un 35% sobre el tiempo previsto para ello.
- Adaptación del modelo de examen: adaptando el tipo y tamaño de fuente en el texto y el uso de hojas en blanco.
- Adaptaciones en la evaluación: uso de instrumentos y formatos variados: pruebas orales, escritas, de respuesta múltiple, etc.
- Facilidades en las técnicas/materiales y adaptación de espacios: mediante una lectura en voz alta, documento grabado, lectura de los enunciados, además de realizar los ejercicios del examen en un aula separada.

En nuestra comunidad, únicamente se puede considerar a un alumno con TDAH como ACNEE cuando dicho trastorno conlleva un desfase curricular de más de 2 años, al alumno se le aplicarán, además de las medidas anteriormente descritas, recibirá

apoyo del maestro especialista en Pedagogía Terapéutica (PT). A su vez, podrá tener si se requiere Adaptaciones Curriculares Individuales Significativas (ACIS), es decir, la modificación de los elementos prescriptivos del currículo: objetivos y contenidos.

2.6. EL TDAH Y SUS PRINCIPALES DIFICULTADES

2.6.1. ATENCIÓN

La atención es una función cognitiva que permite enfocar de manera activa o pasiva, así como voluntaria o involuntariamente el interés de una persona hacia un estímulo interno o externo.

El proceso atencional cuenta con tres fases:

1. *Inicio*: se produce cuando los receptores sensoriales se orientan hacia la fuente de estimulación y se pone en juego estrategias de atención.
2. *Mantenimiento*: su duración es variable, en función de las características del estímulo.
3. *Cese*: es la desaparición de la atención hacia el estímulo.

Según Flores (2014) clasifica la atención en función de unos criterios:

Mecanismos implicados:

- a. Selectiva.
- b. Dividida.
- c. Sostenida.

Grado de control voluntario:

- a. Involuntaria.
- b. Voluntaria.

Objeto al que va dirigido la atención:

- a. Externa o Interna.
- b. Visual o Auditiva.

Amplitud e intensidad:

- a. Global.
- b. Selectiva.

Amplitud y control que se ejerce:

- a. Concentrada.
- b. Dispersa.

2.6.2. CONDUCTA

La conducta hace referencia al comportamiento que presentan las personas. En el ámbito de la psicología, es la expresión y manifestación de la personalidad, lo que hace referencia a los factores internos y externos de los individuos. Existen tres factores que regulan o influyen:

- Fin: el objetivo es lo que adquiere un sentido.
- Motivación: lo que moviliza la consecución del objetivo.
- Causalidad: causa que lo determina.

Además, existen dos elementos que influyen en la conducta:

- Ambiente: medio en el que el sujeto se encuentra inmerso, tanto el físico como el social.
- Biológicos: vinculados con la genética, es decir, presentan un carácter interno, además, de factores como la alimentación o la gestación.

Los sujetos que presentan TDAH pueden presentar problemas de comportamiento y conducta, que en ocasiones suelen ser frecuentes y graves, lo que interfieren con su capacidad de vivir con normalidad.

Todo ello, provoca, que, con frecuencia, tengan problemas para relacionar con los demás. Además, su naturaleza impulsiva puede ponerle en peligros físicos, lo que conlleva a etiquetarse como “niños malos”.

Por ello, uno de los trastornos que suelen aparecer como comórbidos es el Trastorno Negativista Desafiante o a un Trastorno Disocial, tienen mayor riesgo de desarrollar en un futuro un trastorno antisocial.

Algunas de las respuestas conductuales que suelen aparecer en estos sujetos son:

- Se enfada frecuentemente.
- Contesta de malas maneras.
- Desafía con la postura y con la mirada.
- No obedece o se resiste a obedecer.
- Culpa a los demás de lo que hace él.
- Se muestra rencoroso y vengativo.
- Miente.
- Se muestra cruel con sus compañeros, sus hermanos, animales...

- Comete hurtos.

Estas conductas provocan sentimientos de malestar, de incompetencia, de pérdida de autoridad en los educadores y familiares los cuales en un intento de recuperarse se imponen.

2.6.3. RENDIMIENTO ACADÉMICO

En la actualidad, en multitud de aulas de centros de educación infantil y primaria, así como de secundaria existen numerosas demandas que el profesorado realiza al equipo de orientación por alumnado con posible TDAH.

Los estudiantes que presentan TDAH muestran más problemas en sus aprendizajes que aquellos sujetos que no lo tienen, por ello, es una de las principales razones del fracaso escolar. Presentan alteraciones en las funciones ejecutivas, la memoria de trabajo y la inhibición unidas a dificultades de aprendizaje, debido al déficit de atención y la impulsividad y/o hiperactividad que justifican el bajo rendimiento.

Según Barkley (2008) el bajo rendimiento académico, y, por tanto, fracaso escolar son comunes en estos niños, esto es, como consecuencia de la impulsividad, los problemas de atención, la calidad de los refuerzos ambientales y la propia capacidad para desarrollar mecanismos compensadores. Se asocia primordialmente a dificultades específicas en el aprendizaje de la lectura, la escritura, las matemáticas y la solución de problemas.

Otro de los motivos por los que se produce un bajo rendimiento en este alumnado, según Martínez (2017) es la elevada frecuencia con la que aparecen acompañado de otros trastornos como: Trastorno del aprendizaje: 20%; Dislexia: 25%; Dispraxia: 20%; Trastornos perceptivos-motores: 30%; Trastorno de ánimo: 30%; Trastorno de ansiedad: 25% y Trastorno de conducta: 30-40%.

En numerosas investigaciones se ha demostrado que la presencia del trastorno está asociada a resultados académicos bajos, tal y como recoge el estudio realizado por DeShazo et al. (2002). Loe y Feldman (2007) afirman que presentan mayores dificultades en Lectura y Matemáticas, esto es así, debido a que las áreas de Lengua y Matemáticas constituyen pilares esenciales en nuestra educación.

En cuanto, al bajo rendimiento en el área de Lengua, los datos que existen sobre el rendimiento lector señalan que los alumnos con TDAH presentan errores de acceso al léxico, en la lentitud lectora y la falta de exactitud lector, que se puede relacionar con la ausencia de control inhibitorio y esfuerzo mental (Miranda, García y Jara, 2001). En

la escritura se observan errores en la grafía, siendo desordenada y cometiendo errores de sustitución, omisión e inversión, así como equivocándose al copiar de palabra o de línea, junto a numerosas faltas de ortografía. La elaboración de frases y/o textos son desestructurados y el vocabulario pobre.

En matemáticas, las dificultades más comunes son la precipitación al realizar las operaciones, debido a la impulsividad y el análisis de la información para resolver un problema, ya que no son capaces de analizarlo y extraer los datos o incluso a veces ni a terminar de leer. En el trabajo realizado por Rosich y Casajús (2008) indicaron que una de las dificultades más frecuentes que presenta este tipo de alumnado son los problemas de organización espacial en la colocación de las cifras, atribuida a la impulsividad y falta de atención que presentan para colocar las cifras en el lugar adecuado, y mostrando una caligrafía poco limpia y difícil de reconocer.

Tanto los progenitores como el profesorado observan en los niños y las niñas con TDAH las primeras dificultades de aprendizaje, sus olvidos, problemas de conducta, falta de conciencia de normas, algunas dificultades en las destrezas motoras y los déficits atencionales, que cada vez se van agravando, y los lleva a obtener peores resultados (López et al., 2004).

Además de las dificultades en las áreas de Lengua y Matemáticas, expresadas anteriormente, los fallos en el sistema ejecutivo de los alumnos con TDAH, los lleva a falta de habilidades resolutivas, especialmente, en reflexión, organización, planificación, comprensión y autogestión.

3. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA

3.1. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

A partir de la revisión bibliográfica realizada y basándome en los autores que he mencionado con anterioridad en el marco teórico, los aspectos que más influyen en el rendimiento académico y personal del alumnado con TDAH son la atención, la conducta y la impulsividad y/o hiperactividad. Por ello, el objetivo que pretendo es ofrecer a los docentes y a las familias una guía de recursos y estrategias centradas en estos tres aspectos: *atención, conducta y rendimiento*.

Los objetivos específicos que se proponen alcanzar a través de la propuesta de trabajo son:

- Mejorar la atención a través de las autoinstrucciones y los apoyos visuales.

- Mejorar la impulsividad a través de diferentes técnicas de relajación y modificación de conducta.
- Proporcionar al equipo docente y a la familia técnicas y estrategias para trabajar la atención.
- Proporcionar recursos TIC a los docentes para la mejora del rendimiento académico, así como orientaciones a familias y profesores.

3.2. METODOLOGÍA

La metodología hace referencia al conjunto de estrategias de intervención didáctica que permiten ajustar los procesos de enseñanza a los procesos de aprendizaje. En este trabajo se ha empleado una metodología indagatoria, consistente en analizar las diferentes técnicas que se pueden emplear en las aulas con el alumnado de TDAH dentro de los colegios ordinarios.

El análisis tiene como finalidad realizar una revisión de diferentes técnicas que se pueden emplear para mejorar la atención, la conducta y el rendimiento académico en los alumnos con TDAH y ampliar nuestro conocimiento sobre las mismas.

Para ello, se van a establecer tres grandes bloques, ofreciendo recursos en cada uno de ellos, a las familias y al equipo docente:

1. Atención.
2. Conducta.
3. Rendimiento académico.

3.3. POBLACIÓN DIANA

Los destinatarios principales son los alumnos y alumnas de los cursos comprendidos entre 1º y 6º de Educación Primaria, no solo los alumnos diagnosticados con TDAH, aunque el uso de estos recursos y estrategias beneficiarán a todo el grupo-clase.

Esta guía irá dirigida a todo el profesorado del centro educativo y a las familias del alumnado diagnosticado con TDAH.

3.4. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS GENERALES DE TRABAJO CON PERSONAS CON TDAH

Una vez que se determinan las necesidades que presenta el sujeto, hay que pasar a darles respuesta. En primer lugar, quisiera plantear en líneas generales medidas metodológicas dirigidas al alumnado con TDAH, pero que pueden beneficiarse todo el grupo-clase:

- Es importante que el docente tenga planificado todo lo que se va a realizar durante el tiempo de clase, con el fin de evitar que el alumno tenga tiempos en los que no sabe qué hacer.
- El ambiente ha de estar estructurado y ser predecible para el alumnado. El espacio no debe estar sobrecargado de estímulos. Es importante que se señalicen todos aquellos espacios del centro (aula, pasillos, baños, comedor...). Por otro lado, el uso de las agendas facilita la comprensión de las situaciones, la anticipación y mejora la organización del tiempo.
- Aprendizaje sin error. Es importante que se ajusten las tareas al nivel de competencia curricular del menor, y de este modo, elegir las ayudas necesarias. El aprendizaje sin error también mejora las habilidades básicas como la atención.
- Uso de reforzadores inmediatos, este hecho, mejora la comprensión de contingentes y el conocimiento de los efectos de su conducta.
- Análisis de los intereses del alumnado, ya que pueden ser empleados como reforzadores.
- Análisis funcional ante los problemas de conducta de manera individual.
- Enseñanza incidental en entornos naturales, esto permitirá dar funcionalidad a los aprendizajes que realiza el alumno (en el aula, comedor, la calle, casa...).
- Generalización de los aprendizajes de manera intencionada.
- Coordinación de todos los profesionales que trabajan con el menor y su familia.

3.5. ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN

A continuación, voy a recoger una serie de estrategias y recursos, a partir de la bibliografía revisada, para mejorar la atención del alumnado con TDAH, centrándome en las autoinstrucciones, los apoyos visuales y actividades.

3.5.1. AUTOINSTRUCCIONES

Díaz, Ruíz y Villalobos (2012), refieren como fuente principal de los orígenes de las autoinstrucciones a Luria. Para este autor, los niños aprenden a emitir o inhibir una conducta voluntaria en tres fases: la primera fase es la que implica que el lenguaje de los adultos sirve para controlar esa conducta, la segunda es la reguladora, el sujeto emite en voz alta autoverbalizaciones y la última, el niño autorregula su conducta a través de instrucciones subvocales encubiertas.

El Entrenamiento en Autoinstrucciones fue diseñado por Meichenbaum en 1969, con el objetivo de modificar el diálogo interno de las personas en el desarrollo o ejecución de una tarea.

Según Orjales (1999) este aprendizaje consiste en realizar una serie de pasos que sirvan al sujeto con TDAH como una guía para resolver tareas académicas, cognitivas o problemas sociales. Por su parte, Casas y Soriano-Ferrer (2010) consideran como objetivo principal potenciar el pensamiento secuencial, haciendo que el sujeto comprenda las diferentes situaciones que se le presentan en la vida cotidiana y genere estrategias para poder resolverlas.

Díaz et al. (2012) señalan las siguientes funciones de las autoinstrucciones:

- Focalizar la atención.
- Guiar la conducta.
- Reducir la ansiedad.
- Proporcionar refuerzo y retroalimentación.
- Evaluar los resultados.

Para llevar a cabo las autoinstrucciones es necesario una serie de pasos, según Meichenbaum y Goodman (1976):

1. Se define el problema.
2. Se plantea la estrategia de acción.
3. Se focaliza la atención en las posibilidades de ejecución.
4. Se elige una de las posibilidades de respuesta y se la evalúa.
5. Se realiza un autorrefuerzo y valoración de las posibles alternativas y corrección de los errores que se hayan podido cometer.

Posteriormente, Orjales (2007) adaptó el modelo de Meichenbaum y Goodman (1976), aumentando un paso más las autoinstrucciones:

1. El niño debe observar y decir todo lo que ve.

2. Consiste en que el niño piense qué es lo que tiene que hacer.
3. Aparece la pregunta ¿cómo lo va a hacer?
4. Pensar cuales son las posibilidades existentes de respuesta o acción.
5. Llevar a cabo la acción.
6. Si la tarea no ha salido como se esperaba, repasar los pasos que se han seguido y reflexionar sobre qué habrá podido producir ese efecto para volver a intentarlo.

En el Anexo I, podemos ver un ejemplo de autoinstrucciones para la realización de una tarea.

3.5.2. APOYOS VISUALES

Los apoyos visuales son sistemas que pretenden mejorar la comunicación a través de la estimulación del canal visual mediante el uso de gestos, dibujos, fotografías, pictogramas, palabras escritas o cualquier estímulo que ofrezca información a través del canal visual. Es importante tener en cuenta que este recurso debe ser individualizado, adaptándose a las competencias del individuo. En el caso de los sujetos que presentan TDAH, debido a sus dificultades en el procesamiento de la información, el empleo de este recurso les ayuda a organizar mejor la información, comprendiendo, asimilando y reteniendo aquello que se les plantea visualmente.

Además, con el uso de los apoyos visuales se favorece la expresión, dando prioridad al contenido del mensaje, sin importar tanto la forma en la que se transmite. También, facilita la interacción social y a no presentar tanta rigidez en los cambios, debido a que se les puede anticipar ciertas situaciones, y con ello, disminuir su nivel de ansiedad o frustración y conseguir mayor nivel de autonomía.

Existen una gran variedad de apoyos visuales y su elección dependerá de la edad y del nivel de abstracción del sujeto, pero todos deben cumplir las siguientes características:

- Sencillo.
- Concretos.
- Tamaño adaptado a las capacidades motoras.
- Acompañado de un lenguaje claro y simple.

Un ejemplo de apoyo visual, podría ser la adaptación del horario diario, ya que resultan muy eficaces a la hora de organizar y focalizar la atención en cada una de las tareas que se deben realizar. Se podría colocar en la mesa del aula y otro en la

habitación del niño, para que pueda consultarlo cuando lo necesite, para su creación se pueden utilizar fotografías reales, pictogramas, dibujos....

En el Anexo II, se recogerá un ejemplo de horario escolar utilizando apoyos visuales, que en este caso son dibujos.

Otro ejemplo de apoyos visuales, en caso necesario, que el alumno disponga de las tablas de multiplicar de forma visual para poder ayudarle (Anexo III).

Los apoyos visuales también se pueden utilizar para trabajar contenidos curriculares, como puede ser a través de los pictoesquemas, se trata de esquemas apoyados en imágenes que facilitan la accesibilidad al contenido del tema (Anexo IV).

3.5.3. PAUTAS Y ACTIVIDADES PARA TRABAJAR LA ATENCIÓN

Algunas pautas que nos pueden ayudar y ser de utilidad para trabajar la atención son:

- Usar un lenguaje preciso y con pocas palabras, además de una explicación correcta y clara de lo que queremos que el sujeto realice.
- Utilizar una metodología adecuada y sistematizada, realizando un trabajo estructurado en pequeños pasos que se vayan adquiriendo poco a poco para conseguir el objetivo final.
- Es importante conocer sus intereses para partir de ellos, así como presentar las actividades de una forma atractiva que motive a realizarla, sin perder el objetivo que se quiera conseguir. Además, de no utilizar actividades variadas para que el menor no se aburra y fatigue.
- Por último, posibilitar, en la medida de lo posible, un trabajo lo más liberado posible de estímulos (visuales, auditivos...).

Además, de las orientaciones y pautas, las autoinstrucciones y apoyos visuales algunas actividades que se pueden llevar a cabo, utilizando sus centros de intereses y motivaciones para favorecer la atención, la concentración, así como otras capacidades cognitivas, que se pueden trabajar de forma simultánea en el aula y en el hogar son:

- Encontrar parejas relacionadas: a través de la asociación visual debe averiguar la relación que existe entre los dibujos, símbolos... Esta tarea exige concentración, ritmo de trabajo y persistencia.
- Busca las diferencias: análisis de dos dibujos que prácticamente son iguales y el sujeto debe a través de la comparación y la búsqueda encontrar una

serie de diferencias. Exige al menor una capacidad de atención y un método en su análisis y observación.

- Encuentra el intruso: consiste en que el sujeto debe reconocer entre un conjunto de dibujos o figuras cual es que no debería estar ahí y por qué.
- Laberintos: se debe seguir un camino para llegar a la salida, trabajando la psicomotricidad fina, atención sostenida, orientación espacial...
- Colorear mandalas: son dibujos en los que hay que colorearlos bien de forma simétrica o creativa, manteniendo un diseño coherente y respetando los espacios. Se trabaja la mejora de la atención y la relajación.
- Canciones: se pide al sujeto que escuche una canción e identifique una determinada palabra que le decimos, posteriormente le podemos dar el texto de la canción y que encuentre la misma palabra para ver si coincide en número de veces que la había escuchado, trabajando la atención auditiva y visual.
- Rompecabezas y puzles.
- Juegos de mesa: como el Memory o el Tangram.

3.6. ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA IMPULSIVIDAD Y MEJORA DE LA CONDUCTA

3.6.1. CONDUCTAS

En numerosas ocasiones los docentes del alumnado con TDAH se encuentran en el aula con conductas que les supone una alteración del aula y no saber cómo gestionarla por falta de técnicas y estrategias para ello.

En la siguiente tabla se van a recoger algunas de las conductas más habituales que se observan en este alumnado, así como diferentes técnicas y estrategias que se pueden poner en juego para modificarlas y, en la medida de la posible, llegarla a extinguir:

Tabla 2: Conductas observadas, técnicas y estrategias para la mejora de la impulsividad y la conducta.

Conductas observadas	Técnicas y estrategias
<p>No permanece mucho tiempo sentado en su silla realizando la tarea, ya que necesita moverse y se levanta.</p>	<p>El profesorado debe cambiar el enfoque; en lugar de estar diciéndole constantemente que se esté quieto, tiene que buscar el modo de normalizar que se levante, ajustando la frecuencia.</p> <p>Para ello, puede darle actividades que supongan un desahogo en el momento adecuado, como ir a dar un recado, repartir material, etc.</p> <p>Como este tipo de actividades gustan a todos los niños y no podemos centralizarlas solo en el alumno con TDAH, se puede optar por combinar con otras estrategias como: aumentar la frecuencia con la que le demandamos que acuda a la mesa del docente, dividir las fichas en ejercicios y supervisarle más frecuentemente.</p>
<p>Molesta o interrumpe a los demás. Antes de abordar este comportamiento debemos tener claro, en cada momento, si se trata de una conducta deliberada o de un acto inconsciente fruto de la inquietud y la impulsividad.</p>	<p>Para ello, entre toda la clase, se podría proponer un nombre para el “Rincón” como, por ejemplo: “Rincón de la concentración”, “Rincón del respiro” ... donde se coloquen mesas y sillas y el alumnado pueda utilizar este recurso, para ello entre todos crearán normas del rincón. Además, se le puede añadir recursos para la relajación en el caso que se necesite, no solo como rincón para trabajar concentradamente.</p> <p>Al inicio de curso, este recurso estará controlado por el docente, pero a medida que pasa el curso los alumnos lo harán de manera autónoma.</p>

Conductas observadas	Técnicas y estrategias
<p>No planifica su actividad, ni la resolución de tareas.</p>	<p>En este caso, se puede trabajar el entrenamiento en autoinstrucciones, visto anteriormente. Además, algunas verbalizaciones que se pueden realizar, además del recurso visual podría ser:</p> <p>1º El adulto realiza en voz alta las verbalizaciones y ejecuta la tarea.</p> <p>2º El adulto verbaliza y el alumno sigue instrucciones y realiza la tarea.</p> <p>3º El alumno dice en voz alta las instrucciones mientras realiza la tarea.</p> <p>4º El alumno realiza la tarea guiándose por su lenguaje interno.</p>
<p>Alteración en el proceso de control atencional. Le cuesta mantener la atención durante un periodo de tiempo continuado, ya que le provoca una mayor fatiga que al resto del alumnado. Además, no es capaz de desarrollar estrategias internas, estando su control atencional dirigido por la estimulación externa.</p>	<p>Fragmentar la tarea en pequeños pasos, y entre cada uno de ellos facilitar un descanso, así el menor verá que su resultado final es el mismo que sus compañeros.</p>
<p>Durante las explicaciones parece no escuchar, pinta sus cuadernos o juega con cualquier cosa o se distrae durante las explicaciones.</p>	<p>Si la conducta del alumno/a no interfiere a los demás y no parece crearle problemas para seguir la clase, podemos tolerar este tipo de conductas. Retiraremos aquellos objetos con los que se distraiga verdaderamente.</p> <p>En casos, de alumnado de cursos superiores de Educación Primaria, se le puede preguntar si necesita estar realizando una tarea manipulativa mientras escucha (pintar, tener un objeto en las</p>

Conductas observadas	Técnicas y estrategias
	<p>manos...) y si es así permitirlo, y comprobar que en realidad el sujeto está escuchando.</p> <p>En el caso de que el menor se distraiga durante las explicaciones, el docente deberá utilizar diferentes recursos metodológicos, apoyando las explicaciones con apoyos visuales, cambiar la entonación, preguntarle (no con la intención de pillarle en un renuncio, sino para mantenerlo activo), cambiar de actividad con mayor frecuencia o pedirle que participe.</p>
<p>El sujeto no termina las tareas a tiempo.</p>	<p>En primer lugar, se deberá investigar porque ocurre esto, ya que puede ser por varios motivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Por el mayor agotamiento que suponen las tareas que les exigen atención si no resultan excesivamente motivantes. - Por la baja resistencia a estímulos distractores (un niño que estornuda, la puerta que se abre, ...). - Por su déficit en el control del tiempo. - Porque la hiperactividad motriz les impide estar tiempo suficiente en un mismo lugar. - Porque la tarea, siendo de una duración adecuada para ellos, les resulte especialmente difícil. <p>Una vez, que averigüemos cual puede ser el motivo algunas de las estrategias pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Brindarle ayuda para organizar su actividad en el tiempo adecuado, fragmentándosela para adaptarla a su capacidad de atención y que se le

Conductas observadas	Técnicas y estrategias
	<p>reconozca el esfuerzo de concentración que está realizando.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dividir la tarea en partes más pequeñas y pedirle que acuda a la mesa del docente cuando haya realizado uno/dos ejercicios. Ello permite que pueda moverse con mayor libertad mejorando la concentración.
<p>Suele extraviar/ olvidar material educativo necesario para las tareas.</p>	<p>En este caso, será fundamental el uso de la agenda, en la que en los cursos inferiores o en caso de que el menor lo necesite, deberá estar supervisada por el docente para asegurarse de que anota lo importante, y poco a poco, hay que ir retirando esa supervisión y que sea el sujeto de forma autónoma quien lo anote.</p>
<p>Muestra una autoestima baja, expresando en diferentes ocasiones que no es capaz, que los demás compañeros/as son mejores que ella o él, lo hacen mejor, que le gustaría que pensarán que es mayor...</p>	<p>Refuerzo constante a su autoestima mediante: refuerzos positivos, refuerzos sociales, valoración pública, sistemas de puntos.</p> <p>Promover situaciones donde se sienta competente: segmentación y ajuste de las tareas a sus posibilidades.</p>

3.6.2. TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

Debido a la gran impulsividad, que suele ir asociada al déficit de atención, es importante, dotar al alumnado de técnicas de relajación, que le ayuden a autorregularse en esos momentos y reducir su conducta disruptiva. Además, algunos beneficios que aportan las técnicas de relajación son (Guidón, 2012):

- Disminución de la tensión muscular.
- Control de las emociones, especialmente el enfado y la rabia.
- Aumenta la confianza y autoestima.
- Mejora la calidad del aprendizaje.

- Ayuda a la concentración.
- Reduce la ansiedad.
- Logra mejorar la calidad del sueño.

Por todo ello, considero de gran relevancia recoger diferentes técnicas de relajación atendiendo a la edad del menor:

Alumnado de 3 a 5 años:

- *Bote de la calma:* Se trata de un bote de plástico transparente donde se puede observar como la purpurina o bolitas que hay dentro se mueve de forma descontrolada hasta que cae en el fondo.
- *Técnica del globo:* Se pide al niño que imagine que es un globo y tiene que inspirar hasta que llene completamente los pulmones y luego exhalar lo más lento que puede. Repetir el ejercicio varias veces.
- *Hormiga:* el niño se hace muy pequeño y tiene que mover las piernas y los brazos como si fuera una hormiga, cuando ya lo esté haciendo le pedimos que relaje los músculos poco a poco y se vaya convirtiendo en otro animal.

Alumnado de 6 a 8 años:

- *Muñeco de trapo:* Se pide al alumnado que se imagine que es un robot y se mueva como tal. Pasado un minuto, le pedimos que se imagine que es un muñeco de trapo y representa como brazos, piernas y tronco se relaja. Si vemos, que le dificulta, podemos ayudarle e intentar que levante su brazo o su pierna.
- *Abrazar un peluche:* se pide al menor que coja su peluche favorito e imagine que es alguien a quien quiere mucho. El sujeto debe abrazarle con mucha fuerza creando una tensión muscular, poco a poco le iremos pidiendo que lo vaya soltando para no hacerle daño.

Alumnado de 8 a 12 años:

- *Relajación progresiva de Jacobson:* se pide al niño que se siente y extienda las manos sobre las rodillas, y se comienza a realizar secuencias de relajación con diferentes partes del cuerpo.
- *Yoga:* práctica recomendable, en la que pueden hacerla acompañados o de manera autónoma, a través de ella les aporta fuerza, movilidad y elasticidad y les ayuda a relajarse, ofreciendo herramientas para favorecer la relajación

y el manejo del estrés. Algunas de las actividades que se pueden realizar son:

- La respiración del globo: se tumban boca arriba y pondrán las manos en el abdomen, se inhalará por la nariz como si fuera un globo para después exhalar por la nariz como si se estuviera desinflando el globo.
- El elefante: de pie, se llevará los brazos a la altura de la cara y cruzar uno sobre el otro. Al inhalar hay que llevar los brazos sobre la cabeza y al espirar bajarlos y flexionar el tronco hacia delante y moverlo de un lado a otro simulando la trompa del elefante.

En el Anexo III, aparece un ejemplo de relajación de diferentes partes del cuerpo, donde además aparecen un recurso comentado anteriormente los apoyos visuales.

Otra técnica de relajación que puede ayudarnos a trabajar con este tipo de alumnado, independientemente de la edad, es el **Mindfulness**.

Con la práctica del mindfulness en el ámbito escolar podemos aportar al alumnado experiencias positivas como la mejora de habilidades sociales, inteligencia social, atención y conducta, así como el clima del aula y el rendimiento académico, reduciendo el comportamiento disruptivo y/o nivel de agresividad (Secanell y Nuñez, 2019). Así pues, se puede utilizar como una estrategia cognitivo-conductual de intervención en el TDAH.

A pesar de la gran variedad de estudios que existen sobre la práctica de Mindfulness en personas con TDAH, existen muy pocas investigaciones sobre este tratamiento en niños en el ámbito educativo (López y Pastor, 2019). Pinazo et al. (2020), investigaron los efectos de Mindfulness y los resultados mostraron que se producía una mejora en el clima de aula y una reducción de los comportamientos impulsivos. Por otro lado, Soriano et al. (2020) los resultados de su investigación sugieren que reduce los niveles de ansiedad y mejora del bienestar personal.

Para poder realizar el Mindfulness tanto en casa como en la escuela podemos recurrir a las nuevas tecnologías a través de la página de YouTube. Además, algunos ejercicios que se pueden realizar son:

1. Escucha el silencio: Se puede comenzar a practicar con los niños poniendo atención en lo que escuchan. Utilizando cualquier instrumento que tenga mucha vibración, el niño debe escuchar cuidadosamente hasta que se deje de oír, que tiene que avisar por ejemplo levantando la mano.

2. Muévelos: Se pide a los niños que salten durante un minuto en su sitio, después se les pide que se sienten y cierren los ojos y pongan sus manos en el pecho para sentir su corazón y respiración.
3. La respiración de la abeja: Este ejercicio ayuda a calmarse y centrarse en la respiración. Los niños tendrán que taparse las orejas con el dedo índice, cerrar los ojos e imitar el sonido de las abejas “MMMMMMMM...”

3.7. ESTRATEGIAS PARA MEJORA DEL RENDIMIENTO ACADÉMICO

3.7.1. ORIENTACIONES EN EL AULA

Algunas de las orientaciones que los docentes deben tener en cuenta para mejorar el rendimiento de sus alumnos con TDAH son:

- Asignar un lugar tranquilo dentro del aula, alejado de ventanas y puertas y cercano al docente.
- Verificar que el alumno comprende lo explicado, para ello se puede realizar algunas preguntas o que repita lo dicho, de una manera discreta.
- Colocar en un lugar visible, como la esquina de la mesa, un horario y las normas del aula utilizando los apoyos visuales.
- Uso de la agenda, para ello al principio el docente tendrá que revisar que el alumno lo anote, y poco a poco irá aumentando esa autonomía.
- Proporcionar carpetas para mantener organizada la mesa.
- Facilitar resúmenes para ayudar al seguimiento de la clase.
- Asignar un color a cada asignatura.
- Fragmentar las tareas largas en varias cortas.
- Utilizar instrucciones sencillas, claras y concretas.
- Usar imágenes para apoyar el contenido escrito y/u oral.
- Crear una “señal” privada entre el docente y el alumno para llamar la atención y no hacerlo siempre en voz alta.

Además, algunas orientaciones a tener en cuenta a la hora de realizar las tareas y los exámenes son:

- Hojas de tareas y/o exámenes con menos preguntas y ejercicios.
- Hacer cuestionarios cortos, en lugar de exámenes largos.
- Dar tiempo adicional y dotar de un lugar tranquilo para la realización de exámenes.

- Ofrecer diferentes formas de responder a las preguntas: de forma oral, con un dispositivo tecnológico, diferentes tipos de preguntas (desarrollo, test, unir con flechas...).
- Reforzar el trabajo realizado en lugar de aquel que no realiza.

3.7.2. ORIENTACIONES EN EL HOGAR

Es importante un trabajo coordinado entre escuela y familia, para ello en el ámbito familiar algunas orientaciones que pueden ayudar con los menores con TDAH son:

- Poner normas y límites firmes, claros y coherentes adecuados a la capacidad actual del niño, dentro de un clima relacional comunicativo y afectivo, siendo consistentes en el cumplimiento de las mismas, de forma que permitan saber qué le está permitido y qué no... en definitiva, ayudarle a autorregularse y autocontrolarse, facilitándole progresivamente una mayor tolerancia a la frustración.
- Favorecer la autonomía personal del sujeto.
- Crear hábitos de estudio: establecer una rutina de trabajo, acondicionar el cuarto de estudio, entrenar para que se acostumbre a trabajar solo, alabar el trabajo acabado y bien hecho, preparar la mochila para el día siguiente, premiar la conservación del material escolar...
- Reforzar su autoestima resaltando los aspectos positivos de su conducta ayudándola a autoevaluar su comportamiento correctamente.
- Favorecer el contacto con otros niños.

Es conveniente hacer un seguimiento de la situación familiar para valorar conjuntamente las modificaciones que se producen en la dinámica relacional familiar y sus efectos en el comportamiento del niño, así como de la evolución escolar para ir tomando las medidas pertinentes.

3.7.3. USO DE LAS TIC

Debido a la importancia que tienen el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en nuestros días, es necesario ofrecer una serie de recursos tanto a los docentes para el trabajo con todo el alumnado, y especialmente los alumnos con TDAH. A través de estos recursos, facilitará la motivación del alumno y la implicación y mejora tanto en el rendimiento académico como personal. Algunos recursos son:

- *Kahoots*: Página en la que se pueden crear juegos de preguntas de temas variados con total libertad y sin límite de preguntas. A través de este

recurso, puede servir como forma alternativa de evaluación o como aprendizaje.

- *Childtopia*: Se trata de una plataforma de juegos dirigidas a niños y niñas de educación infantil y primer ciclo de educación primaria. En ella, hay actividades de comprensión lectora, manualidades, varios juegos educativos, enseñanza de letras y números...
- *Socrative*: Es una aplicación que busca la motivación de los estudiantes, aumentando su participación en el aula, realizando un seguimiento de su evolución mediante pruebas de tipo test, evaluaciones u otras actividades.
- *ClassDojo*: Es una plataforma que permite a los docentes organizar su aula, promover actividades de gamificación. Esto puede motivar al alumno, ya que el verá la recompensa que va obteniendo según las conductas o requisitos que vaya cumpliendo.
- *Genially*: Es una herramienta online que permite crear contenido interactivo y animado, pudiendo crear presentaciones, infografías, gamificaciones, *scape room*...
- *Concentra2*: Es una aplicación móvil que contiene un espacio sobre información general del TDAH, otro espacio con acceso a herramientas y juegos para trabajar las funciones cognitivas superiores y, por último, un espacio para técnicas de relajación.

4. SEGUIMIENTO DE LA INTERVENCIÓN

Todas las estrategias y recursos que se han recogido a lo largo de la propuesta de la guía para ayudar al alumnado con TDAH, se debe explicar y dar a conocer a todos los docentes y personal del centro educativo y las familias. Para poder llevar a cabo esta difusión de información, es importante la figura del orientador del centro, quien a través de reuniones periódicas con los docentes que intervienen con el alumnado con TDAH (tutores, equipo de apoyo, especialistas...) y con las familias, proporcione recursos y estrategias que faciliten la actuación e intervención con los menores.

5. CONCLUSIÓN

El presente trabajo se enfocó como el desarrollo de una guía de recursos y estrategias para la actuación tanto en la escuela como en el hogar con niños con TDAH, escolarizados en el segundo ciclo de educación infantil y educación primaria. Para ello, se ha realizado una revisión bibliográfica de los recursos y estrategias, así como de los conocimientos adquiridos en el Máster de Educación Especial y mi práctica diaria como orientadora de un EOEP.

El TDAH es un es un trastorno que ha demostrado tener una gran prevalencia en menores, presentando síntomas como la falta de atención, hiperactividad e impulsividad, afectando en muchos casos en el rendimiento académico y las relaciones dentro de su entorno familiar, social y escolar.

Desde que Hoffman en 1845 comenzará a hablar del trastorno, mucho se ha debatido al respecto. En este sentido, todos los estudios han constatado que las personas con TDAH presentan diferencias en las estructuras cerebrales, así como síntomas característicos del mismo.

Por ello, este trastorno supone en las personas que lo padecen, en algunas ocasiones, una desadaptación al medio. Esto no conlleva, que todas las estrategias, recursos y/o medidas deban centrarse en el sujeto, sino que también el entorno debe cambiar para lograr esa adaptación. De aquí, la importancia de que la intervención sea multiprofesional y multimodal, necesitando no solo que los profesionales de la educación y las familias se les asesore y ofrezca recursos, sino que se apoye y vea la visión de la intervención de todas las personas.

En la guía de recursos y estrategias que se propone, se implican a tres de los elementos más importantes en el ámbito educativo, alumnos/as, familias y equipo docente, intentando que todos jueguen un papel importante, y por ello, la figura que nos toca realizar, como orientadores, es en primer lugar detectar el TDAH y posteriormente realizar una intervención que implique a estos tres elementos. Además, de establecer un proyecto que incluya la formación en TDAH.

Como propuesta para el futuro, considero que sería beneficioso una mayor formación de los profesionales de la educación en ACNEAES, y este caso, en TDAH, así como agotar el uso de medidas metodológicas en su aula antes de pasar a otras medidas, ya que de estas no solo se beneficiaran el alumnado con este trastorno, sino cualquier menor del grupo-clase.

6. REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2013). *Trastornos del Neurodesarrollo* (5ª. ed). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (pp. 32). Médica Panamericana.
- Barkley R. (2011). *Niños hiperactivos: Cómo comprender y atender a sus necesidades especiales*. Paidós Ibérica.
- Cañamero, L. M., Cueli, M., García, T., Areces, D. y González-Castro, P. (2021). Autoconcepto y ansiedad: Diferencias entre niños y niñas en una muestra clínica de TDAH. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 12(2), 90-99.
<https://doi.org/10.23923/j.rips.2021.02.047>
- Escalonilla, T. (31 de agosto de 2022). *El efecto de las autoinstrucciones*. PSIKIDS.
<https://psikids.es/el-efecto-de-las-autoinstrucciones/>
- Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (27 de julio de 2022). Datos y cifras. <http://www.feaadah.org/es/sobre-el-tdah/datos-y-cifras.htm>
- Fernandes, S. M., Piñon, A., y Vázquez-Justo, E. (2017). Concepto, evolución y etiología del TDAH. In E. Vázquez-Justo & A.P. Blanco (Eds.) *TDAH y Trastornos Asociados* 21-19. Maribor: Lex Localis Press. doi.org/10.4335/978-961-6842-80-8.2. Disponible no Repositório UPT, <http://hdl.handle.net/11328/2091>
- Fox, A., Dishman, S., Valicek, M., Ratcliff, K., y Hilton, C. (2020). Effectiveness of social skills interventions incorporating peer interactions for children with attention deficit hyperactivity disorder: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 74(2). doi: <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.040212>
- García, G., Nicoletti, J. A., García, F. J., y Gómez, D. (2022). *Educadores y Diversidad*. Uhu.es. https://www.researchgate.net/publication/361093891_LIBRO-EDUCADORES-Y-DIVERSIDAD.
- Garrido-Landívar, E. (2017). *500 preguntas y respuestas sobre la Hiperactividad (TDAH)*. Ediciones Eunete.
- Instrucciones conjuntas de la Dirección General de Educación Infantil y Primaria y de la Dirección General de Educación Secundaria, Formación Profesional y Enseñanzas de Régimen Especial, sobre la aplicación de medidas para la evaluación de los alumnos con dislexia, otras dificultades específicas de

aprendizaje o trastorno por déficit de atención e hiperactividad en las enseñanzas de Educación Primaria, Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato reguladas en la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación.

Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. BOE (Boletín Oficial del Estado), 106, de 4 de mayo de 2006, 17158 a 17207.

Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa. BOE (Boletín Oficial del Estado), 295, de 10 de diciembre de 2013, 97858-97921.

Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo. BOE (Boletín Oficial del Estado), 340, de 30 de diciembre de 2020, 122868-122953.

López, I., y Pastor, S. (2019). Mindfulness y el Abordaje del TDAH en el Contexto Educativo. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 25(1), 175-188.

Martínez Blanco, N. (2018). Una aproximación al TDAH. *Revista Internacional De Apoyo a La inclusión, Logopedia, Sociedad Y Multiculturalidad*, 3(1). Recuperado a partir de <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/riai/article/view/4264>

Meichenbaum, D. y Goodman, J. (1971). Impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control. En *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 115-126.

Orden de 14 de febrero de 1996 por la que se regula el procedimiento para la realización de la evaluación psicopedagógica y el dictamen de escolarización y se establecen los criterios para la escolarización de los alumnos con necesidades educativas especiales. BOE (Boletín Oficial del Estado), 47, de 23 de febrero de 1996, 6918- 6922.

Orjales Villar, I. (1999). *Déficit de Atención con Hiperactividad. "Manual para padres y educadores"*. CEPE.

Orjales Villar, I. (2007). El tratamiento cognitivo en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): revisión y nuevas aportaciones. *En Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 19-30.

Pinazo, D., García-Prieto, L.T. y García-Castellar, R. (2020). Implementación de un programa basado en mindfulness para la reducción de la agresividad en el aula. *Revista de Psicodidáctica*, 25(1), 30-35. Recuperado de: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1136103419300231?casa_token=YbR6myR_K0AAAAA:

BzZfbGqkGqGqa0YSqcEAu_LkswT8SmoylZgJCCa62OMR5I7tNpFw6MfTq450832ArC
b_LB5JgXS

Pineda, D., Melián, G. E., y Echavarría, E. (2019). Prácticas para la inclusión educativa de los escolares con trastornos de la conducta. *Revista Atlante: Cuadernos de Educación y Desarrollo*. <https://www.eumed.net/rev/atlante/2019/10/inclusion-educativa-trastornos.html>

Real Decreto 157/2022, de 1 de marzo, por el que se establecen la ordenación y las enseñanzas mínimas de la Educación Primaria. BOE (Boletín Oficial del Estado), 52, de 2 de marzo de 2022, 24386 - 24504.

Ruiz, M. A., Díaz, M. I. y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclee De Brouwer.

Saiz Fernández, L. C. (2018). Psicoestimulantes para el TDAH: análisis integral para una medicina basada en la prudencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 301-330. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000100016>

Silverstein, M. J., Faraone, S. V., León, T. L., Biederman, J., Spencer, T. J., y Adler, L. A. (2020). The relationship between executive function deficits and DSM-5-defined ADHD symptoms. *Journal of Attention Disorders*, 24 (1), 41-51. <https://doi.org/10.1177/1087054718804347>

Soriano-Ferrer, M., y Echeagaray-Bengoza, J. (2019). Incidencia de la experiencia docente con el TDAH en los conocimientos, la autoeficacia y los niveles de estrés docente. *Universitas Psychologica*, 18 (4), 1-13. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy18-4.iedt>

Soriano, J.C., Pérez-Fuentes, M.C., Molero-Jurado, M.M., Gázquez, J.J. y Tortosa, B.M. (2020). Beneficios de las intervenciones basadas en la atención plena para el tratamiento de síntomas ansiosos en niños y adolescentes: Metaanálisis. *Revista iberoamericana de psicología y salud*, 11(1), 42-53. DOI:10.23923/j.rips.2020.01.034



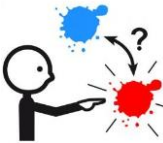



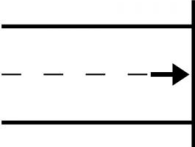
Vázquez-Justo, E., y Piñon, A. (2017). THDA y Trastornos Asociados. Lex-Localis. <https://doi.org/10.4335/978-961-6842-80-8>

Vázquez Sánchez, M., Castejón Ramírez, S., Alcón Grases, M., Pitarch Roca, E., Fernández Lozano, C., y López Campos, M. (2022). TDAH en atención primaria:

prevalencia y derivación a atención especializada. *Revista De Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 39(1), 3-9. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v39n1a2>

7. ANEXOS

7.1. ANEXO I: AUTOINSTRUCCIONES

<u>PASOS PARA HACER LAS TAREAS</u>		
 <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>Cuando ya estoy sentado en mi lugar de trabajo y he hecho la lista de tareas:</p> </div>		
<input type="checkbox"/>	Leo todo lo que tengo que hacer.	
<input type="checkbox"/>	Elijo la primera tarea que voy a hacer. (puedo ir en orden o hacerlas salteadas)	
<input type="checkbox"/>	Hago la tarea que he elegido.	
<input type="checkbox"/>	Cuando he terminado la tarea, la marco en la lista. (puedes tacharla, hacer un tick...)	
<input type="checkbox"/>	Repito los pasos anteriores: Elijo la siguiente tarea de la lista, la hago y la marco.	
<input type="checkbox"/>	Cuando no quedan tareas en la lista... ¡He terminado!	

7.2. ANEXO II: HORARIO CON APOYOS VISUALES

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
8.30 9.30	EF 	EPVA 	MUS 	EF 	BG 
9.30 10.30	MAT 	MAT 	VE/REL 	ING 	ROB/FR  
10.30 11.30	MUS 	OPT	GH 	EPVA 	ING 
11.30 12.00	REGREO	REGREO	REGREO	REGREO	REGREO
12.00 13.00	LCL 	GH 	ING 	GH 	LCL 
13.00 14.00	ING 	LCL 	LCL 	MAT 	MAT 
14.00 15.00	BG 	TUT 	BG 	ROB/FR  	EF 

Nota. Adaptado de Horario Visual para el Aula, Fran, 2021, RecursosEP
<https://www.recursosep.com/2021/09/16/horario-visual-para-el-aula-editable/>.

7.3. ANEXO III: TABLA DE MULTIPLICAR

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20
3	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30
4	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40
5	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50
6	6	12	18	24	30	36	42	48	54	60
7	7	14	21	28	35	42	49	56	63	70
8	8	16	24	32	40	48	56	64	72	80
9	9	18	27	36	45	54	63	72	81	90
10	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

Nota. Adaptado de Tabla Pitagórica, Hablemos sobre educación, 2021, hseduacion. <https://www.hseduacion.com/tablas-de-multiplicar-para-imprimir/>

7.4. ANEXO IV: EJEMPLO DE PICTOESQUEMA



Nota. Adaptado de Pictoesquema "Los Sustantivos", Ángela, 2020, Blog Seño Ángela PT <https://maestrangelapt.blogspot.com/2020/07/pictoesquema-los-sustantivos.html>

7.5. ANEXO V: TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

PIERNAS Y BRAZOS

Imaginemos que pisamos barro.



Pisamos fuerte en el barro.



Separamos los dedos.



Repetimos dos veces.



El sonido de la hierba al crecer

ESTÓMAGO

Imagina que te pisa un elefante.



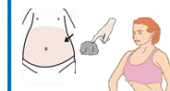
Endurece el estómago.



Encoge el estómago.



Repite dos veces.



CARA Y NARIZ

Imagina una mosca en tu nariz.



Frunce la nariz.



Frunce la frente.



Repite dos veces.



MANOS Y BRAZOS

Imaginamos un limón en la mano.



Exprimimos el limón.



Tiramos el limón.



Repetimos dos veces.



El sonido de la hierba al crecer

HOMBROS Y CUELLO

Imaginamos que somos una tortuga.



Levantamos los hombros.



Bajamos la barbilla.



Repetimos dos veces.



BRAZOS Y HOMBROS

Imagina que eres un gato.



Estira los brazos al frente.



Levanta los brazos.



Repite dos veces.



Nota. Adaptado de Técnicas de relajación frente a la ansiedad, Anabel, 2015, el sonido de la hierba al crecer

<https://elsonidodelahierbaalcrecer.blogspot.com/2015/07/tecnicas-de-relajacion-frente-la.html>