



**Facultad de
Ciencias Sociales
y Humanas - Teruel**
Universidad Zaragoza

**TRABAJO DE FIN DE GRADO
EN MAGISTERIO DE EDUCACIÓN PRIMARIA**

**Título: “Propuesta de intervención para el TDAH en
Educación Primaria”**

“Proposal intervention for ADHD in Primary Education”

Alumno/a: Ariadna Bartolomé Villalba

NIA: 613045

Director/a: Jorge Javier Osma López

AÑO ACADÉMICO 2015-2016

ÍNDICE

1. Resumen y palabras clave	5
2. Introducción	5
3. Justificación	6
4. Marco teórico	7
4.1. Definición, criterios de diagnósticos, prevalencia y epidemiología, y etiología	7
<i>4.1.1. Definición</i>	7
<i>4.1.2. Criterios diagnósticos</i>	8
<i>4.1.3. Prevalencia y epidemiología</i>	11
<i>4.1.3.1. Prevalencia según género</i>	11
<i>4.1.3.2. Prevalencia y edad</i>	12
<i>4.1.3.3. Prevalencia según países y culturas</i>	13
<i>4.1.3.4. Prevalencia según status-socioeconómico</i>	13
<i>4.1.4. Etiología</i>	14
<i>4.1.4.1. Modelo biológico</i>	14
<i>4.1.4.1.1. Factores genéticos</i>	14
<i>4.1.4.1.2. Factores prenatales</i>	15
<i>4.1.4.1.3. Factores neurobiológicos</i>	15
<i>4.1.4.1.4. Factores nutricionales</i>	18
<i>4.1.4.2. Modelo psicosocial</i>	18
4.2. Historia y descubrimiento	18

4.10. Estrategias de intervención	54
5. Programa de intervención	56
5.1. Otros programas	57
5.2. Objetivos	62
5.3. Situación	62
5.4. Temporalización del programa	64
5.5. Intervención	66
5.6. Evaluación del programa	66
5.7. Costes de intervención	73
5.8. Resultados esperados	73
5.9. Limitaciones o problemas, y posibles soluciones	74
6. Conclusiones	75
7. Bibliografía	76
Anexos	

1. Resumen

Este trabajo recopila información de distintos autores acerca del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. El objetivo del presente trabajo ha sido, por un lado, conocer qué es el TDAH, sus causas, su evaluación y su tratamiento, y por otro lado, elaborar un programa de intervención en un caso de un/a alumno/a de tercero de primaria, para el que se han planteado diversas tareas para lograr los objetivos propuestos.

Palabras clave: TDAH, causas, criterios de diagnóstico, evaluación, tratamiento, programa de intervención.

2. Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, o también conocido como TDAH, es una de las patologías que se dan con mayor frecuencia en los centros educativos en la actualidad. Afecta a uno de cada veinte jóvenes en todo el mundo (Guerrero, 2016). En España, según Presentación-Herrero, García-Castellar, Miranda-Casas, Siegenthaler-Hierro y Jara-Jiménez (2006), es un trastorno crónico que afecta entre un 3 y un 5 % de los/as niños/as en la etapa escolar.

Debido a la gran prevalencia de este trastorno, es necesario conocer cómo se debe tratar tanto en el aula como en el hogar, con el fin de dar respuestas a aquellos niños que lo presentan. Como indica Presentación – Herrero et al. (2006), el contexto familiar tiene un papel fundamental en el curso de TDAH, porque aunque no se considera una causa original sí que afecta a la sintomatología a lo largo del desarrollo de éste.

“El TDAH ha sido definido como un trastorno del autocontrol, caracterizado clínicamente por dificultades en la esfera de la atención, exceso de actividad motora y deficiencias en el control de los impulsos” (Peña y Montiel, 2003).

Cardo y Servera (2008), sostienen que este trastorno está relacionado no solo con el desarrollo del individuo, sino que también con los aspectos sociales, emocionales y cognitivos del niño, y por consiguiente afecta a todas las personas del entorno, como son sus compañeros y su familia.

El objetivo de este trabajo es ofrecer ejemplos de pautas de actuación, actividades y estrategias que los docentes pueden llevar a cabo en el aula con niños/as con TDAH, y, promover que el profesorado mantenga una relación directa con las familias de estos, y puedan adquirir nociones y pautas de intervención con niños/as con TDAH, para llevar a cabo en el hogar.

Este trabajo consta de los siguientes apartados: en un primer momento, nos encontramos con introducción y la justificación de este trabajo; en un segundo lugar aparece el marco teórico, en el que se habla sobre la definición; criterios diagnóstico; prevalencia y epidemiología; etiología; historia y descubrimiento; patologías asociadas; modelos conductuales; edad escolar; evaluación y diagnóstico; tratamiento; en el ámbito escolar; en el ámbito familiar, y estrategias. Posteriormente, encontramos el programa de intervención, compuesto a su vez por: otros programas; objetivos; situación; intervención; evaluación del programa; coste de intervención; resultados esperados y limitaciones o problemas esperados. En último lugar aparecen las conclusiones, bibliografía y los anexos.

3. Justificación

El TDAH es un trastorno muy prevalente en la actualidad (Guerrero, 2016; Presentación-Herrero, 2006), y en muchas ocasiones, diagnosticado incorrectamente. Simplemente por el hecho de ser nervioso o no atender en diversas ocasiones, se ha comunicado a las familias que sus hijos presentaban este trastorno, sin ni si quiera realizar las pruebas pertinentes. En otras ocasiones, se ha realizado el diagnóstico pero no se ha llevado a cabo ningún tratamiento al respecto. Por tanto, creo que es muy importante llevar a cabo este trabajo con el fin de que los/las docentes de futuras generaciones sepan cómo actuar con aquellos alumnos que presentan este trastorno.

Según Guerrero (2016) tanto los maestros como los demás miembros de la comunidad educativa, incluidas las familias, deben perseguir un objetivo muy claro, que los niños que padecen TDAH tengan un desarrollo escolar integrador y normalizado en la medida de lo posible. Por lo tanto, es imprescindible conocer las estrategias y métodos de actuación que se deben llevar a cabo para lograr ese objetivo.

4. Marco teórico

4.1. Definición, criterios diagnósticos, prevalencia y epidemiología, y etiología.

4.1.1. *Definición*

Para López - Campo, Gómez - Betancur, Aguirre - Acevedo, Puerta y Pineda (2005): "El TDAH es una entidad nosológica independiente, probablemente asociada con una alteración sutil del neurodesarrollo, caracterizada por presentar un patrón persistente de síntomas de inatención y/o hiperactividad-impulsividad, que son más frecuentes y graves que los observados habitualmente en las personas con un grado de desarrollo similar, y que causan un impacto significativo en las actividades académicas, laborales, familiares o sociales de los afectados" (p.331).

Según Artigas (2011) "el TDAH viene definido por la coincidencia de síntomas derivados de una baja capacidad atencional, de una falta de control de la impulsividad y de una manifiesta inquietud". Es necesario destacar que esta definición hace hincapié en los mismos síntomas que Barkley.

Los tres conceptos claves que giran sobre este trastorno son: la falta de atención, impulsividad y sobreactividad, o como Barkley llamó la "santísima trinidad" (Servera, Borrás y Moreno, 2006).

La atención, según Servera et al. (2006), se entiende como un proceso psicológico que está implicado en los mecanismos de selección, distribución y mantenimiento de la actividad psicológica. Lo que conocemos como problemas atencionales, donde se ve afectado la atención selectiva (tareas de focalización), la atención sostenida (tareas de vigilancia) y la atención dividida (tareas de capacidad).

En cuanto a la impulsividad, Servera et al. (2006) la define como las dificultades que el niño tiene para inhibir las conductas que responde a demandas situacionales. A su vez, hace mención a la existencia de dos tipos de impulsividad, la social y la cognitiva. La impulsividad social hace referencia a la incapacidad para esperar el turno tanto en las tareas como en los juegos, problemas para seguir instrucciones, e incapacidad para realizar aquellas tareas cuyos refuerzos no son inmediatos, entre otros. Y la impulsividad cognitiva, la ha

definido como la tendencia del niño de responder de manera inmediata, lo que conlleva a un mayor número de errores en aquellas tareas de incertidumbre en la respuesta.

Por último, la sobreactividad hace alusión a los excesiva actividad ya se motora o verbal, es decir, los niños no son capaces de controlar sus respuestas y hablan continuamente, y lo acompañan de movimientos corporales. No pueden estar sentados demasiado tiempo o realizan ruidos con la boca, son algunas de las conductas que los caracterizan (Servera et al., 2006).

Según Servera et al. (2006), la población heterogénea que presenta TDAH muestra diferencias no solo en su sintomatología, sino también en el tipo de ambiente donde el niño se desarrolla, por lo que a su vez, se relaciona con otros trastornos comportamentales.

Las dificultades que caracterizan al TDAH, afecta al desarrollo académico, ocupacional, recreativo y social del niño ([APA], 2013).

Existen grandes diferencias entre la conceptualización del TDAH en América y Europa, ya que en este último el TDAH tiende a tratarse como un síndrome de etiología neurológica, y sin embargo, en el primero se tiende más hacia una conceptualización “psicologicista” (Servera et al., 2006).

4.1.2. Criterios diagnósticos

El TDAH forma parte de las siete categorías diagnósticas incluidas en el capítulo de trastornos del neurodesarrollo según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su versión número 5 (DSM-5; [APA], 2013). Estas siete categorías tienen como característica principal una maduración más lenta del cerebro. Las seis categorías restantes, son: discapacidad intelectual, trastornos de la comunicación, trastorno del espectro autista, trastornos motores, trastorno específico del lenguaje, y otros trastornos del neurodesarrollo.

El diagnóstico del TDAH contempla la posibilidad de especificar subtipos en función de la presencia de síntomas predominantes. Estos son: tipo I o combinado que se caracteriza por presentar tanto síntomas de desatención como de impulsividad-hiperactividad; tipo II o con predominio de déficit de atención; y el tipo III o con predominio de la impulsividad-hiperactividad. Las características de los alumnos/as que sufren dicho trastorno, pueden

dividirse en: dificultades de atención y concentración, impulsividad e hiperactividad (Guerrero, 2016).

El DSM-5 ([APA], 2013), manual diagnóstico de referencia, divide en cinco modalidades los criterios diagnósticos, como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1

Criterios diagnósticos del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, según DSM-5 ([APA], 2013)

A. Aquellos que presentan un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que afecta al funcionamiento o desarrollo y en el que se tienen que cumplir aspectos de ambos patrones.

1. Inatención: Se considera que el niño presenta inatención cuando presenta seis (o más) de los siguientes síntomas a lo largo de 6 meses, afectando tanto a las actividades académicas/laborales como sociales.

Falta de atención

- a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
 - b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
 - c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
 - d) A menudo no sigue las instrucciones y no finaliza las tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
 - e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
-

-
- f) A menudo evita, le disgusta o es renuente realizar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
 - g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo, juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
 - h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
 - i) A menudo es descuidado las actividades diarias.

2. Hiperactividad-impulsividad: Para diagnosticar a un niño con hiperactividad-impulsividad es necesario que presente seis (o más) de estos criterios a lo largo de seis meses causando inadaptación y sin corresponder al nivel de desarrollo.

Hiperactividad

- a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento..
- b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- e) A menudo “está ocupado” o suele actuar como si “estuviera impulsado por un motor
- f) A menudo habla en exceso.

Impulsividad

- g) A menudo emite bruscamente las respuestas antes de haber sido terminadas las preguntas.
 - h) A menudo tiene dificultades para esperar su turno.
-

i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos).

B. Los síntomas provocan algunas alteraciones antes de los siete años de edad.

C. Cuando los niños presentan síntomas en dos o más ambientes.

D. Alteración significativa en el funcionamiento social, académico o funcional.

E. Cuando los síntomas no se manifiestan exclusivamente a lo largo del curso de un trastorno generalizado, esquizofrenia, u otro trastorno psicótico, y no se explica mejor por otro trastorno mental.

4.1.3. Prevalencia y epidemiología

En 1992 la Organización Mundial de la Salud informaba que un 8% de la población infantil y un 5% de la población adulta padecían TDAH (OMS, 1992). Por su parte, la APA (2013) hace alusión a que la tasa de prevalencia habitual que se ha hallado en los distintos estudios que se han llevado a cabo, está en torno a un 5% en la población infantil, y un 2,5% en adultos. En España, la prevalencia oscila entre un 3 y un 10% de la población (López et al., 2013).

López et al., (2013) afirma que la variación en estas cifras se debe a las diferencias existentes en la terminología, la definición del síndrome, los criterios y los puntos de corte, además de las muestras utilizadas para llevar a cabo el diagnóstico del TDAH.

4.1.3.1 Prevalencia según género

El TDAH es conocido como un trastorno prevalente en niños, con una proporción chico-chica de 2:1, y 6:1. Aunque existen diferencias en función del subtipo de TDAH que se presente; 2:1 para el subtipo inatento, y 4:1 para el tipo hiperactivo-impulsivo (López et al., 2013).

En cuanto a las diferencias entre los dos sexos, según López et al., (2013), las chicas suelen mostrar la hiperactividad de manera menos severa, y presentan menos problemas de

conducta que los niños con TDAH, aunque padecen mayores deficiencias intelectuales, sobretodo en déficits de inteligencia verbal.

Por otro lado, es necesario destacar que no se encontraron diferencias de género en aspectos como: la impulsividad, las tareas académicas, las habilidades motoras finas, y la educación parental (Martínez - León, 2006).

4.1.3.2 Prevalencia y edad

Martínez – León (2006) afirma que el TDAH se inicia antes de los siete años de vida, momento que coincide con las demandas sociales de atender, obedecer, controlar las conductas motoras e impulsivas, cooperar, seguir instrucciones, y estar atento, entre otras. A su vez, es necesario resaltar que es a partir de esa edad (6-7 años) cuando se perciben los primeros problemas académicos referidos a olvidos de las tareas que deben realizar, en las áreas principales, como son la lecto-escritura y el cálculo. En un 75% de estos niños que lo padecen, perdurará hasta la edad adulta.

En estas edades también se producen los primeros problemas en el hogar, generándose problemas con los hermanos y de responsabilidades, como expone Martínez - León (2006).

Según López et al., (2013), “cuando se evalúan los síntomas de TDAH primero en la infancia y después de nuevo en la adolescencia y en adultos jóvenes, entre el 50 y el 70% de niños/as con TDAH tienen niveles clínicamente significativos de sintomatología en la adolescencia, y entre el 30 y el 45% en la edad adulta”.

Un estudio realizado en Colombia, y citado por Martínez – León (2006) en su artículo, cuenta con una muestra de 341 niños y adolescentes escolarizados, con edades comprendidas entre los 4 y los 17 años, y de niveles socioeconómicos altos y bajos. En este estudio se encontró una prevalencia del trastorno en un 17, 1%, dividido entre los diferentes subtipos de este: un 9, 4% del tipo I o combinado; un 6, 7% de tipo de trastorno con dificultades de atención y concentración, y un 1% del hiperactivo-impulsivo.

“Pese a que muchos niños/as con TDAH no conserven la totalidad sintomatológica necesaria para cumplir los criterios para el diagnóstico en adultos, muchos siguen manifestando dificultades significativas en el funcionamiento social, ocupacional o

psicológico en su vida adulta, incluso si la intensidad de los síntomas del trastorno no ha disminuido” (López et al., 2013).

Según López et al., (2013), es muy importante la detección temprana del problema, con el fin de implementar lo antes posible las intervenciones necesarias para lograr una mejora en la calidad de vida de estos niños.

4.1.3.3 Prevalencia según países y culturas

Según López et al., (2013) existe suficientes evidencias de que no existen diferencias significativas entre las diferentes zonas geográficas, niveles económicos, y grupos culturales. Es decir, el TDAH tiene validez transcultural.

“Las diferencias en las tasas de prevalencia del TDAH en todas las regiones se atribuyen principalmente a diferentes prácticas de diagnóstico y metodológicas” ([APA], 2013).

Martínez – León (2006) comenta que la población afro-americana tiene una mayor tasa de individuos con TDAH que la americana-asiática.

4.1.3.4 Prevalencia según status socio-económico

Martínez – León (2006) habla acerca de diversos estudios que se llevaron a cabo con el fin de relacionar el TDAH con el status socio-económico, y por consiguiente, afirmaron que existe una relación de este con los grupos socio-económicos bajos.

A su vez, existen diferencias en función del nivel socioeconómico de los niños, por ejemplo, aquellos pertenecientes a un nivel bajo obtuvieron puntuaciones mayores en aspectos como la hiperactividad, la agresión, aislamiento, problemas de conducta y atipicidad (Martínez - León, 2006).

4.1.4. Etiología

En cuanto a las causas, Cardo et al., (2008) indica que este trastorno es de tipo herencia poligénica multifactorial, el cual se ve influenciado por factores genéticos, ambientales, perinatales, postnatales, neurológicos e incluso nutricionales.

Por otro lado, Martínez – León (2006) comenta que actualmente se ha llevado a cabo una investigación acerca de las causas del trastorno, las cuales son básicamente correlacionales, debido a que los factores causales aún no están establecidos.

Martínez – León (2006) divide los factores anteriormente citados en distintos modelos; modelo biológico (formado por los factores: genéticos, perinatales, neurobiológicos, y nutricionales), y modelo psicosocial.

4.1.4.1. Modelo biológico

4.1.4.1.1. Factores genéticos

López, Alcántara, Romero y Belchí (2013) comentan que se han llevado a cabo diversos estudios acerca de la influencia de los factores genéticos en este trastorno, dentro del modelo biológico, los cuales han relevado que la genética tiene un papel muy importante en la transmisión del TDAH de generación en generación.

Estas investigaciones albergan: estudios con familias, de adopción e incluso de gemelos. Todos ellos con el fin de mostrar la influencia que tienen estos en el trastorno, diferenciando si tienen más influencia los genéticos o los medioambientales (Martínez - León, 2006).

Martínez - León (2006) cita un estudio que se llevó a cabo con familias, donde demostraron que existe una relación más estrecha entre el riesgo de padecer este trastorno en familiares de primer grado.

“Los hijos de padres con TDAH tienen el 50% de probabilidades de sufrir el mismo trastorno, y los estudios con gemelos revelan que los factores genéticos explican entre un 50 y un 70% de los síntomas” (López, Alcántara, Romero et al., 2013).

Según Sierra (2015) existe una probabilidad mayor (entre 2 y 8 veces mayor que el resto) de que los padres con niños con TDAH lo hayan presentado ellos con anterioridad.

Martínez – León (2006) cita un estudio con el que se demuestra que existe una gran predisposición hereditaria. El estudio se realizó con gemelos idénticos (monocigóticos) y gemelos fraternales (dicigóticos), el estudio arrojó unos resultados de heredabilidad del 51% y el 33%, respectivamente.

López et al., (2013) comenta las palabras de Barkley (1998), quien afirma que “la varianza (70-90%) del rasgo hiperactividad-impulsividad se debe a factores genéticos, pudiendo incrementarse dicha contribución cuanto más extrema es la manifestación clínica de dicho rasgo”.

Sierra (2015) explica que los genes que están involucrados en el trastorno son: “el gen rector D2 en el cromosoma 11, el gen transportador de dopamina DAT1 en el cromosoma 4, la variante alélica del gen receptor D4 de dopamina en el cromosoma 11, el gen transportador de noradrenalina NET1 y el gen receptor D1 de dopamina DRD1”.

López, Alcántara, Romero et al., (2013) manifiestan que el gen más implicado en el trastorno es el gen DRD4, el cual se encarga de producir el receptor D4 del neurotransmisor dopamina. Siendo este defectuoso en un 50-60% en individuos con TDAH y un 30% en el resto de la población.

Gracias a diversos estudios, podemos afirmar que el TDAH está influenciado por factores genéticos, pero según Martínez - León (2006), no se descarta que también exista una influencia ambiental del ámbito familiar y social.

4.1.4.1.2. Factores perinatales

Martínez - León (2006) afirma que los hábitos como el fumar durante el embarazo, el consumo de alcohol, las complicaciones durante el parto, e incluso, los trastornos neurológicos tempranos son considerados factores perinatales, y por tanto, se incluyen dentro de los factores biológicos adquiridos, los cuales se consideran de riesgo para padecer el trastorno.

El TDAH puede ser adquirido después del embarazo, es decir, puede ser generado por complicaciones o lesiones cerebrales en el momento del parto (Martínez-León, 2006).

Otro factor predisponente que se está estudiando es la exposición a infecciones víricas a lo largo primer trimestre de gestación. Estos estudios han demostrado que puede ser un factor predisponente en un 10% de los sujetos con TDAH y trastornos de aprendizaje comórbidos (Artigas, 2011).

A su vez, según Artigas (2011), “cualquier acontecimiento perinatal que curse con encefalopatía hipóxico-isquémica, hemorragia perinatal, hipoglucemia, accidente vascular, convulsiones, sepsis o meningiti, pueden ser causa de TDAH”.

Por último, Martínez (2006) menciona un estudio para demostrar que los niños concebidos a través de la fecundación in vitro, tienen más posibilidades de sufrir trastornos psicológicos, tales como el TDAH.

4.1.4.1.3. Factores neurobiológicos

Otro de los grupos de factores que causan el TDAH, son conocidos como factores neurológicos. Martínez - León (2006) habla acerca de la influencia del daño cerebral y la inmadurez neurológica en el desarrollo del trastorno, aunque no ha habido investigaciones suficientes que afirmen dicho influencia.

▪ ¿Cómo es el cerebro de un niño con TDAH?

Al comparar el cerebro de un niño con TDAH y otro sin esta patología, podemos observar diferencias no solo en la anatomía sino también en su funcionamiento (Guerrero, 2016).

En términos generales, el tamaño del cerebro de estos niños es un 3, 2% más pequeño (Artigas, 2011). Además, tanto el lóbulo frontal como la corteza prefrontal se desarrollan más lentamente, en concreto en el caso de esta última, se encuentra una inmadurez de tres años aproximadamente. A su vez, presentan un menor tamaño en el cerebelo y el lóbulo temporal es más inmaduro. En cuanto a las “conexiones entre el sistema límbico y la corteza prefrontal no funciona de manera optima, lo que hace que suelen tener dificultades con la expresión e inhibición de sus emociones e impulsos” (Guerrero, 2016).

Martínez - León (2006) hace referencia a que se ha demostrado “que las áreas del cuerpo calloso con fibras que conectan las regiones corticales homólogas anteriores (frontales) y posteriores (parietal) en los hemisferios izquierdo y derecho son más pequeñas en los niños con el trastorno que en los que no lo presentan”.

En cuanto a los neurotransmisores implicados en el TDAH, según Guerrero (2016), podemos definirlos como moléculas químicas que transmiten la información de una neurona a otra, a este proceso se le llama sinapsis. “En los casos de TDAH existe una hipofunción catecolaminérgica, es decir, la liberación de dopamina y noradrenalina en el cerebro de estos niños se da por debajo de lo normal. La toma de medicación en los casos con TDAH busca regular los niveles de neurotransmisores catecolaminérgicos que se encuentran por debajo de lo normal”.

Según López, Alcántara, Romero et al., (2013), se han realizado numerosos estudios sobre neuroimagen donde se ha demostrado anomalías en la corteza frontal derecha. Por lo que estos datos demuestran la existencia de un síndrome frontosubcortical.

En la actualidad, se expone que las regiones cerebrales centradas en la atención, de algunos niños con TDAH, no reciben una cantidad suficiente de sustancias neuroquímicas, y sin embargo, las encargadas del procesamiento de la información sensorial reciben en exceso (Martínez - León, 2006).

Por tanto, Martínez - León (2006) explica que debido a este desequilibrio, los niños presentan dificultades en la atención, que se traducen en distracciones causadas por estímulos externos.

Según López, Alcántara, Romero et al., (2013) existe una evidencia de la hipofunción de la región prefrontal derecha, además de los circuitos frontoestriados y de los putámenes tanto en la adolescencia como en la edad adulta, lo que explicaría la persistencia del trastorno en la vida adulta.

“El cerebro tiene circuitos especiales para cada una de sus diferentes funciones. Los circuitos de la atención se localizan en la zona frontal de la corteza, en el área llamada prefrontal, y controlan la memoria de trabajo, la atención y la inhibición de las respuestas” (López, Alcántara, Romero et al., 2013).

4.1.4.1.4. Factores nutricionales

En lo referido a los factores nutricionales, no hay una evidencia comprobada de su influencia en los niños que padecen el trastorno, ya que se siguen realizando estudios, aunque los padres sí que afirman que cuando los niños están en una dieta especial muestran mejoras en su conducta (Martínez - León, 2006).

4.1.4.2. Modelo psicosocial

Según Martínez - León (2006) existen niños con antecedentes biológicos y/o genéticos que no presentan problemas de conducta, y sin embargo, otros que no sufren importantes daños neurológicos o complicaciones perinatales, que sí presentan conductas hiperactivas cuando son escolarizados. Por este motivo, es necesario tener en cuenta los factores psicosociales que afectan al niño con TDAH.

López, Alcántara, Romero et al., (2013) afirman que los ambientes con problemática familiar, malnutrición, de pobreza, exclusión social, violencia y malos cuidados tanto pre como postnatales, favorecen la aparición y el desarrollo del trastorno.

A su vez, diversos estudios han concluido que otro factor que influye en la prevalencia del trastorno es el estilo de educación parental coercitivo donde predomina el castigo, el control y las pocas recompensas (López, Alcántara, Romero et al., 2013).

Martínez – León (2006) considera “que posiblemente el factor determinante no sean las condiciones sociales en sí mismas, sino sus efectos psicológicos sobre la familia y las actitudes y pautas educativas que adoptan los padres”.

4.2. Historia y descubrimiento

Isorna (2013) afirma que desde el siglo XIX se ha hablado del TDAH, aunque se ha ido dando importancia a distintos aspectos, y por lo tanto, se ha ido interpretando de diferentes maneras. Es necesario destacar que en la Inglaterra del siglo XIX, se creía que los niños con estas características presentaban una desviación social.

En 1845, el psiquiatra Heinrich Hoffman publicó un libro con 10 cuentos infantiles, el cual tituló *Struwwelpeter* o lo que es lo mismo “Pedro el Melenas”, en el que se hablaba de los diferentes trastornos psiquiátricos infantojuveniles. Dentro de este libro, describió dos casos de TDAH. Uno de los cuentos, titulado *The Story of Johny Head-in-Air*, es decir, “la historia de Juanito el despistado”, va acerca de un niño que presentaba TDAH pero con predominio de dificultades de atención y concentración. En otro, titulado *The Story of Fidgety Phill*, o lo que es lo mismo, “la historia del inquieto Felipe”, se contaba el caso de un niño con las características propias del TDAH, pero en este caso, con predominio hiperactivo-impulsivo (Ortiz, s.f.).

“En 1899, Clouston sostenía que este trastorno de hiperexcitabilidad se debía a una disfunción en el córtex cerebral” (Guerrero, 2016).

En 1902, el pediatra Still fue quien reconoció el TDAH como una enfermedad, que en un primer momento llamo “defecto del control moral” (Ortiz, s.f). En ese mismo año, este médico inglés escribió un artículo para la revista Lancet donde hacía mención a un grupo de niños con unos síntomas muy parecidos, a los que hoy en día llamamos TDAH. En este caso, los presentaban de manera combinada. “Es la primera descripción científica sobre el TDAH” (Guerrero, 2016). Pero hasta 1922, los síntomas del TDAH no se describieron con exhaustividad, lo que produjo que estos fueran incluidos en el diagnóstico de un “trastorno de la conducta postencefalítico” (Ortiz, s.f.).

Fue Still quien supuso que esta desviación social (Guerrero, 2016) no era signo de una mala crianza, sino que era una enfermedad neurológica, generada por una lesión en el parto o por una herencia biológica. “Ya anticipaba que la etiología de estos síntomas no estaba basada en la educación que recibía el niño de sus padres, sino que era un trastorno neurológico en el que la herencia jugaba un papel muy importante”.

“En 1937, el psiquiatra estadounidense Charles Bradley descubre por casualidad los efectos que tiene la administración de una anfetamina (benzedrina) a un grupo de jóvenes indisciplinados de un internado. Estos chicos manifiestan problemas de conducta y obediencia. Pocos días después, Bradley pudo comprobar que la anfetamina administrada había mejorado la conducta de los jóvenes y su rendimiento académico también mejoró considerablemente” (Guerrero, 2016).

El Instituto Nacional de Tecnologías Educativas y de Formación del Profesorado (INTEF) (s.f.), afirma que un grupo de niños que sobrevivieron a una epidemia de encefalitis letárgica en los años 1917 y 1918, o que padecían una lesión cerebral, presentaban alteraciones tanto conductuales como cognitivas muy similares a las que Still describió años atrás. Por lo que el TDAH, desde Still hasta los años 50, se entendía como resultado de un daño cerebral.

En un principio la sintomatología que presentaban los niños con TDAH era denominada “daño cerebral”, pero con el paso del tiempo y tras numerosas investigaciones, se pudo observar que estos síntomas se presentan, a su vez, en niños que no presentaban daño en el cerebro, lo que dio lugar a que se creyese que el trastorno podía ser causado por un daño cerebral muy leve e incluso, por una disfunción general. Este hecho dio paso a que el TDAH pasase de llamarse Daño Cerebral Mínimo a Disfunción Cerebral Mínima (DCM) (INTEF, s.f.).

Barkley denomina a la etapa desde 1950 a 1970 la edad de oro de la hiperactividad debido a que a finales de 1950 se concluyó que la hiperactividad es un síntoma primario, lo que produjo el cambio del nombre del trastorno por Síndrome Hiperkinético (INTEF, s.f.).

Es en 1960 cuando se presenta la hiperactividad como un trastorno del comportamiento, en consonancia con la visión conductista más radical. Según Stella Chess y otros investigadores (1963) “se separaron los síntomas de la hiperactividad de la noción de lesión cerebral y defendieron el Síndrome Del Niño Hiperactivo” (INTEF, s.f.).

Hasta 1968 el TDAH no aparece en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-II; APA, 1968), la cual clasifica los trastornos mentales y sus criterios de diagnóstico. A partir de esta fecha aparece con el nombre de “Reacción Hiperkinética de la Infancia” (INTEF, s.f.).

Según INTEF (s.f.), fue en 1972 gracias a las investigaciones de Virginia Douglas cuando se produjo un cambio en la denominación del TDAH en la 3ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III; APA, 1980) que se llevó a cabo en 1980. Diferenciando entre Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA + H y TDA-H). Fue este nuevo cambio de nombre el que popularizó el concepto, creando las primeras asociaciones.

En 1987, se llevó a cabo una revisión del DSM-III-R (APA, 1987) lo que originó un nuevo cambio en el concepto, en el que se ignoraba el concepto sin hiperactividad, es decir, se volvió a denominar Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (INTEF, s.f.).

“En 1992 la Organización Mundial de la Salud publica la Clasificación internacional de enfermedades, décima versión (CIE-10), en la que el TDAH se reconoce como entidad clínica y queda recogido en el grupo de trastornos del comportamiento y de las emociones, de comienzo en la infancia y la adolescencia, dentro del subgrupo de Trastornos Hiperkinéticos. Este apartado comprende cuatro entidades diagnósticas: el trastorno de la actividad y de la atención, el trastorno hiperkinético disocial, otros trastornos hiperkinéticos y el trastorno hiperkinético sin especificaciones” (INTEF, s.f.).

Por último, según INTEF (s.f.), en la revisión del DSM-IV-TR (APA, 2000), el TDAH se subdivide en tres subtipos; predominantemente inatento, predominantemente hiperactivo-impulsivo y combinado. Es necesario destacar que está ubicado dentro del grupo de trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia, exactamente en el grupo de Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador.

El DSM-5 aparece en su versión inglesa en mayo del 2013, y un año más tarde aparece traducido al castellano. En cuanto a las diferencias entre el DSM-IV-TR y el DSM-5 no son muy significativas en lo que al TDAH se refiere (Guerrero, 2016).

Según Ortíz (s.f.), actualmente se plantean pocas dudas acerca de la existencia de este trastorno como neurológico, el cual provoca un deterioro del funcionamiento familiar, social y académico.

4.3. Patologías asociadas

Según Martínez - León (2006) los individuos que presentan el TDAH tienen un riesgo mayor de presentar un diagnóstico secundario comórbido.

Servera et al., (2006) hace alusión a que los niños con TDAH presentan problemas de conducta, los cuales en muchos casos son graves. Tras la realización de diversos estudios se ha llegado a la conclusión que un 65% de estos niños presentan problemas tales como: conducta desafiante, rechazo a las órdenes, testarudez, agresividad verbal, rabietas, etc. A su

vez, también explica que otra problemática asociada al TDAH son los problemas de rendimiento académico y las dificultades de aprendizaje.

Díaz (2006), expone que numerosos investigadores se han cuestionado la existencia real del TDAH, debido a la gran comorbilidad que presenta. A su vez, comenta que las investigaciones que se han llevado a cabo en la actualidad concluyen que es necesario delimitar los subgrupos homogéneos con el fin de determinar las causas patogénicas y, crear y adaptar estrategias de tratamiento tanto para el TDAH como para los trastornos asociados.

Existe una mayor prevalencia en los tres subtipos de TDAH, aunque gracias a las investigaciones se ha demostrado que el subtipo combinado es el que más trastornos asociados presenta, como: trastorno negativista desafiante, disociales y trastornos ansioso-depresivos (Díaz, 2006).

Los trastornos asociados al TDAH que aparecen en el DSM-5, en general, son: trastornos de ansiedad, trastornos de conducta, trastornos del aprendizaje, trastornos depresivos, trastorno bipolar, y con el espectro autista ([APA], 2013).

A su vez, otros autores, exponen otros trastornos que se asocian al TDAH, además de los explicados anteriormente, como son: Trastorno de la Tourette, el trastorno de desarrollo de la coordinación, e incluso, la epilepsia (Artigas, 2011; Díaz, 2006; Martínez - León, 2006; Mulas, Téllez, Hernández, Mattos y Pitarch, 2004).

En la siguiente tabla se muestra un pequeño resumen de la comorbilidad de los distintos trastornos respecto al TDAH:

Tabla 2

Resumen de la comorbilidad de los trastornos respecto al TDAH (Artigas, 2011;Díaz, 2006; Guerrero, 2016; Berenguer, Miranda, Pastor y Roselló (2015), y Poeta y Rosa-Neta, 2007).

TRASTORNO	% DE COMORBILIDAD
Trastorno de ansiedad	15-35% de los niños con TDAH presentan a su vez, ansiedad (Artigas, 2011)
Trastorno de Conducta: Trastorno Negativista Desafiante y	TND es de un 36%, y TD un 16,3% (Díaz, 2006)
Trastornos depresivos	Según Artigas (2011) la comorbilidad está alrededor del 30%. En ocasiones es un efecto secundario a lo largo del tratamiento con metilfenidato.
Trastorno Bipolar	Según Artigas (2011) entre el 75-85% de los casos de TDAH presentan trastorno bipolar al comienzo de la edad infantil.
Trastorno del aprendizaje	En torno a un 30-50 % de los niños con TDAH tienen asociado un problema específico de aprendizaje (lectura, escritura o matemáticas). (Guerrero, 2016). La disortografía y la disgrafía son los problemas de escritura más frecuentes. Y entre un 10-60% tiene problemas en el cálculo (Díaz, 2006).
Trastorno del Espectro Autista	Según Berenguer, Miranda, Pastor y Roselló, (2015), su prevalencia es del 31-37%. Destacan que la combinación de TDAH con TEA es mucho más grave que presentar TDAH o TEA puro.

Trastorno de la Tourette	“Entre un 49- 83% de los niños con la Tourette presenta comórbidamente un TDAH”. Un 50% de los niños con TDAH van a presentar tics transitorios o crónicos o presentan antecedentes familiares de tics. (Díaz, 2006).
Trastorno de la coordinación motora	Su prevalencia es del 47% (Poeta y Rosa-Neto, 2007).

4.4. Modelos conductuales

4.4.1. *Modelo atencional de Virginia Douglas.*

Martínez – León (2006) comenta que en los años 60, Virginia Douglas y su equipo de investigación mostraron diversos datos que afirmaban que los niños hiperactivos no tiene porque presentar dificultades de aprendizaje relacionados con problemas de audición, de memoria, u otros procesos.

Según Servera et al., (2006) Douglas mostró que “no era necesario ningún tipo de estímulo distractor para que surgiesen sus problemas de atención sostenida y, por otra parte, en condiciones lúdicas no mostraban mas distraibilidad que los otros niños. [...] También se apuntó que su rendimiento sobre estas tareas de vigilancia podía mejorar mucho con programas de refuerzo continuo e inmediato, y también con el uso de fármacos estimulantes”.

A lo largo de los últimos veinte años, el modelo de Douglas ha sido la puerta de muchas investigaciones, y ha tenido una gran influencia en los sistemas de tratamiento y diagnóstico.

Martínez – León (2006) explica que la dificultad de crear esquemas complejos y el patrón conductual de estos niños, podría tener origen cíclico, ya que los problemas que presentan los niños con TDAH surgen a partir de unas predisposiciones, tales como: poco esfuerzo o interés en la ejecución de tareas complejas; capacidad insuficiente para inhibir respuestas impulsivas; búsqueda de gratificación o estimulación inmediata; y poca capacidad para activar ciertos estados de altera para lograr solucionar las tareas.

Las causas de estas predisposiciones pueden ser o bien factores constitucionales o factores sociofamiliares, como: un ambiente familiar desordenado, un estilo educativo inconsistente o muy directivo, o el refuerzo de conductas impulsivas. Estas características de los niños con hiperactividad aparecen en los primeros años, y con el inicio de la edad escolar aparecen las llamadas predisposiciones secundarias (Servera et al., 2006).

Estas predisposiciones secundarias llevan a los niños a experiencias de fracaso tanto en el ámbito escolar como en el social. Finalmente, estas predisposiciones se convertirán en déficits característicos de su funcionamiento. Siendo el más relevante la falta de esfuerzo, de organización y mantenimiento de la atención, aunque también presentan problemas de desinhibición e impulsividad (Servera et al., 2006).

Por ello, Servera et al., (2006) expone que “se propuso la catalogación de un trastorno por déficit de atención, sin necesidad de sobreactividad motora, y con un predominio del proceso de evaluación y tratamiento centrado en los procesos atencionales”.

4.4.2. *Modelo motivacional de Russell Barkley.*

Martínez – León (2006) quien expone que el modelo de Barkley se basa en que el origen del TDAH es el déficit motivacional, es decir, explica que desde su punto de vista que un niño presente conductas hiperactivas es debido a la gran influencia de los factores motivacionales e instruccionales.

Según Servera et al., (2006) este modelo tiene como punto de partida las situaciones que desencadenan las conductas hiperactivas y la gran influencia que tienen los factores instruccionales y motivacionales para desencadenarlas.

Para el creador de este modelo es necesario darle prioridad a los refuerzos positivos y a los estímulos aversivos que influyen en el comportamiento del niño, debido al efecto débil que causan en los que presentan hiperactividad (Martínez - León, 2006).

Según Martínez – León (2006), en el modelo de Barkley existen tareas o reglas que no provocan las conductas deseadas en los niños, cuyas causas son las siguientes: Problemas sensoriales, físicos o motrices lo que dificulta la realización de la tarea; evolución del condicionamiento no apropiado; carencia en los efectos que causan los refuerzos; rapidez en

habituarse a los refuerzos; y problemas en los programas de refuerzo de conductas a largo plazo.

Las conductas controladas por estímulos discriminativos de tipo verbal (reglas) implican; el cumplimiento, es decir, la realización de la conducta tras el estímulo; y el mantenimiento, o lo que es lo mismo, la realización continuada y futura de la conducta sin que se presenta la regla. El niño en un primer momento no domina el mantenimiento, y esto acarrea consecuencias negativas, ya que si lo dominase sería capaz de procurarse las consecuencias positivas y evitar así las negativas, y a su vez, se traduce en el principio del desarrollo de los procesos de autocontrol y solución de problemas. (Servera et al., 2006).

Según Servera et al., (2006), el autor de este modelo, Barkley, expone que el problema de la hiperactividad se basa en dos factores: el déficit en las conductas gobernadas por reglas y la insensibilidad a los estímulos ambientales socialmente relevantes. Por tanto, considera que estas son las causas de los problemas de atención sostenida, desinhibición de conductas, impulsividad y falta de esfuerzo. Además de su continua búsqueda de estimulación, la incapacidad de demora de los reforzadores, la baja susceptibilidad a estímulos adversos, la necesidad de refuerzo, etc.

4.5. Edad escolar

Como bien explica Ygual - Fernández, Miranda - Casas y Cervera - Mérida (2000), el TDAH es uno de los trastornos psicológicos más frecuentes en este grupo de la población, y como ya hemos mencionado anteriormente, está asociado a otros trastornos.

El desarrollo de este trastorno conlleva dificultades en la relación con las familias y amigos, con el desarrollo de trastornos de ansiedad y con el bajo rendimiento escolar (Poeta et al., 2007).

Según se muestra en el DSM-5 ([APA], 2013) la hiperactividad se manifiesta en la edad preescolar, y sin embargo, la falta de atención durante la escuela primaria.

Servera et al., (2006) exponen que los niños con TDAH muestran peores resultados en las tareas de rendimiento y en los test de inteligencia.

4.5.1 Características cognitivas y conductuales

Guerrero (2016) expone una serie de características relacionándolas con las dificultades que pueden presentar. Es necesario destacar que estas últimas dependerán de la edad de la persona, teniendo en cuenta que los obstáculos son distintos en función de las edades.

Los niños con TDAH tienen problemas en las funciones ejecutivas, debido a que el cerebro de estos niños es más inmaduro. Estas funciones se aprenden a través de la práctica y el entrenamiento (Guerrero, 2016).

Para Guerrero (2016) la atención “es el proceso que nos permite focalizar todas nuestras energías en un determinado estímulo del ambiente o de nuestros pensamientos. [...] En la rutina diaria, los niños con TDAH suelen prescindir de detalles y estímulos importantes debido a su déficit atencional”. En cuanto a los niños con TDAH, tienen más facilidad para mantener la concentración en aquellas tareas que les resultan gratificantes y excitantes, y por el contrario, tienen dificultades en las que son rutinarias y aburridas.

Otra de las funciones ejecutivas es la inhibición, la cual Guerrero (2016) define como “la capacidad que tenemos para no prestar atención a estímulos que no son relevantes en un momento dado”. En cuanto a los niños con TDAH, tienen problemas en el autocontrol, es decir, actúan de manera impulsiva debido a la menor activación de los centros inhibitorios, por ello, no son capaces de esperar el turno de palabra o guardar la cola, entre otras. Las dificultades en el autocontrol no solo son un problema de maduración neurológica sino también en las conexiones entre el sistema límbico (emociones) y la corteza prefrontal (autocontrol y funciones ejecutivas) debido a que no están desarrolladas correctamente en función de la edad.

La memoria operativa, la tercera función ejecutiva, es conocida como un tipo de memoria que nos sirve para guardar información durante poco tiempo para llevar a cabo algún tipo de operación, es decir, utiliza esa información para realizar una operación mental. El niño con TDAH tiene problemas en la utilización correcta de esta, debido a que tienden a ser muy olvidadizos, y su capacidad de memoria de trabajo muy baja y débil (Guerrero, 2016).

La penúltima función ejecutiva es la flexibilidad cognitiva que se define, según Guerrero (2016), como “la capacidad para cambiar la forma de pensar y de hacer en función de las demandas de la situación”. Los niños con dificultades en esta función ejecutiva tienen problemas para cambiar de actividad cuando están realizando otra.

Por otro lado, en la planificación y la organización de las tareas es el “proceso mediante el cual organizamos y ponemos en marcha una serie de pasos para conseguir una meta u objetivo”. Los niños con TDAH tienen problemas a la hora de establecer metas conscientes a corto, medio e incluso, largo plazo, ya que tienen problemas para planificar tareas que no sean en el momento presente (Guerrero, 2016).

Según Mulas et al., (2004) el TDAH es uno de los trastornos que surge en la infancia y que repercute en la edad adulta, en la integración social y el ámbito laboral de la persona. Las personas que padecen TDAH, presentan problemas escolares, y peores resultados académicos.

4.5.2 Competencias narrativas

Según Vaquerizo - Madrid, Estévez - Díaz, y Pozo - García (2005) el TDAH también tiene relación con las dificultades que pueden surgir en las competencias narrativas de los niños. Exponen que las tareas lingüísticas afectadas son aquellas que requieren un nivel adecuado de atención y control inhibitorio. Estas personas suelen perder mucha información verbal debido a la disfunción ejecutiva que presentan. Son más propensos a desarrollar problemas de aprendizaje, sobre todo en el ámbito de la lectoescritura.

Los primeros problemas suelen verse en el aprendizaje de los colores, los números, las letras, etc. En esta edad la atención se caracteriza por ser involuntaria, inmediata y estar dirigida a estímulos llamativos y novedosos. Sin embargo, de forma externa para el niño se va desarrollando la atención voluntaria, la cual está dirigida por el adulto a través del gesto y la palabra (Vaquerizo-Madrid et al., 2005).

Los niños que padecen TDAH, según Vaquerizo - Madrid et al., (2005), presentan un nivel de habla aparentemente normal, aunque es posible observar rasgos clínicos propios del trastorno específico del lenguaje. En concreto los problemas que surgen en estos niños con la narrativa se basan principalmente en las dificultades que presentan a la hora de producir una

historia cuando no está presente visualmente la información y la secuencia no es previsible, ya que uno de los rasgos principales que presentan es la escasa capacidad de planificación.

Los niños con TDAH presentan una mayor pobreza en fluencia fonológica, cuyas causas principales parecen ser la pobre atención auditiva y el déficit de control motor durante el discurso (Vaquerizo - Madrid et al., 2005).

A continuación se muestra una tabla, creada por Vaquerizo - Madrid et al., (2005), en la que se muestra los síntomas académicos más frecuentes del área de lectoescritura y lenguaje asociados al TDAH.

Tabla 3

Síntomas académicos más frecuentes del área de lectoescritura y lenguaje asociado al TDAH, según Vaquerizo-Madrid et al., (2005).

LECTURA	ESCRITURA	LENGUAJE
No le gusta leer	Escribe con letras en “no cursiva”	Tiene dificultades para comprender los conceptos que el docente expone en clase.
Tiene que leer en voz alta	Cuando escribe, su mano se fatiga.	Presenta dificultades para comprender a las personas, dando respuestas incorrectas.
Cuando lee, se salta algunas palabras o líneas, o las repite.	No es capaz de escribir tan rápido como piensa y en ocasiones, se salta la escritura de algunas palabras por estar pensando en la siguiente palabra.	Tiene dificultades para seguir una conversación con otras personas, y tiene que concentrarse mucho para no perder el hilo del discurso.
En ocasiones no comprende el significado de las palabras que lee	No es capaz de tomar anotaciones en clase a un ritmo adecuado.	Presenta problemas en la organización de sus propios pensamientos cuando está

No recuerda lo que ha leído, tras acabar de leer un párrafo o una página.	Presenta dificultades en: gramática, acentuación, mayúsculas y minúsculas, y puntuación.	hablando. Tiene dificultades para encontrar las palabras que quiere expresar en una conversación.
	Presenta problemas para plasmar por escrito y de manera ordenada sus pensamientos.	

Aunque aparentemente poseen un lenguaje suficiente, e incluso en ocasiones excesivo, cuando deben enfrentarse a tareas lingüísticas su rendimiento es peor que en los niños sin TDAH. Esto se debe a que en las tareas lingüísticas se requiere un nivel elevado de atención, de inhibición, de memoria de trabajo, y de planificación y organización, en los que los niños con TDA presentan mayores dificultades (Ygual - Fernández et al., 2000).

En cuanto a los aspectos lingüísticos donde el niño con TDAH presenta dificultades, según Ygual - Fernández et al., (2000) son: a) Procesamiento sintáctico y fonológico; b) Tareas de memoria auditiva; c) Problemas en aquellas tareas que requieren organización semántica; y d) Dificultades en la fluencia verbal.

Ygual - Fernández et al., (2000), menciona un estudio que se llevo a cabo y en el que se obtuvieron los siguientes resultados: el 76% de la muestra presentaban dificultades en la articulación, un 34% en el lenguaje receptivo, un 58% en el lenguaje expresivo y por último, un 69% presentaban problemas de procesamiento del lenguaje.

En el artículo de Ygual - Fernández et al., (2000, p.199), se cita un estudio que realizaron a 41 niños en el Hospital de la Fe de Valencia, con el fin de conocer qué subtipo de TDA presentaban, y su relación con las dificultades en la forma y contenido del lenguaje. “En vocabulario expresivo parecen presentar más problemas los niños del grupo con TDAH-I, un 20% frente a un 11, 5% en los niños en los niños con TDAH-C. En el vocabulario comprensivo parece que esta situación, al menos aparentemente se invierte, un 6% en el

grupo inatento y un 19% en el combinado. [...] los niños con TDAH-I muestran una mayor tendencia a experimentar retraso en la comprensión el vocabulario”. Aunque las dificultades más elevadas en lo referido al contenido del lenguaje se basan en los procesos de relación del léxico entre sí, por lo que los niños con peores resultados son los del grupo inatento.

4.6. Evaluación y diagnóstico

En el proceso de evaluación del TDAH están implicados diversos profesionales, como: psicólogos, neurólogos, y pediatras, sobre todo sin los niños tienen menor edad. Las pruebas psicológicas se pueden agrupar de dos modos diferentes, o bien por instrumentos de evaluación o por niveles de actuación (Servera et al., 2006).

Es imprescindible tener en cuenta que los síntomas deben darse antes de los 7 años, y por tanto, debe diagnosticarse cuanto antes (Artigas, 2011).

Como expone Artigas (2011) todo diagnóstico se basa en los criterios diagnósticos creados por el APA en 2013, el conocido DSM-5, el cual hemos mencionado a lo largo de este trabajo. Según este autor, los síntomas del TDAH son rasgos conductuales presentes en cualquier individuo, y no categorías. Uno de estos criterios se considera positivo se afecta negativamente o bien a su adaptación familiar o social, o a su rendimiento académico.

Para llevar a cabo una buena evaluación, es imprescindible comenzar con la historia clínica completa del paciente (anamnesis). Para ello, el profesional deberá recabar información relevante tanto del niño como de la familia; motivo de consulta, operaciones, si toma medicación por alguna otra patología, antecedentes familiares de algunas enfermedades, etc. (Guerrero, 2016).

Tras la realización de la anamnesis, Guerrero (2016) expone que el profesional debe seguir investigando en los distintos ámbitos en los que el niño se desenvuelve, ya que no es correcto tener solo en cuenta lo que los padres cuentan. Por lo que podemos decir que lo ideal sería que el profesional pudiese observar al niño en sus distintos ambientes.

Según López, Alcántara, Castro, Belchí y Romero (2013) las pruebas para evaluar el TDAH se categorizan en:

- Escalas o inventarios específicos para el TDAH y generales para los trastornos de conducta perturbadora.
- Entrevistas estructuradas y semiestructuradas con el fin de detectar las distintas alteraciones psicopatológicas que el individuo presenta.
- Tests psicométricos tanto específicos para detectar los problemas en las funciones ejecutivas y los déficits de aprendizaje, y por otro lado, generales de desarrollo y facetas psicológicas.

Dentro de los instrumentos de evaluación encontramos las entrevistas clínicas a padres, que se conocen como la fase inicial en la evaluación del trastorno. Los beneficios de este instrumento son los siguientes: orientan los pasos del proceso de evaluación, ayudan a establecer la necesaria relación empática entre todos los agentes implicados, y eliminan las ideas erróneas de padres y educadores, etc. (Servera et al., 2006).

Las entrevistas son una herramienta que tiene como objetivo obtener información para posteriormente valorar las dificultades del niño. Los distintos tipos de entrevistas como son: las entrevistas estructuradas y semiestructuradas permiten que se abarquen diversos aspectos que en ocasiones se pasan por alto en conversaciones, por lo que el profesional proporciona cierto grado de flexibilidad (López, Alcántara, Castro et al., 2013).

Según Servera et al., (2006) las entrevistas estructuradas más utilizadas, son: el Informe Parental de Síntomas Infantil, creado por Taylor, Schachar, Thorley y Wieselberg en 1986; y la Entrevista Clínica Semiestructurada para Niños (SCIC) cuyos autores son Achenbach y McCoonaughy (1989). Esta última se basa tanto en preguntas abiertas como cerradas además de actividades que posibilitan la interacción entre el niño y el terapeuta.

La SCIC consiste en la combinación de preguntas abiertas y cerradas con diversas actividades, en las que el terapeuta interactúa con el niño, y a su vez, va cumpliendo un protocolo de observación. Es necesario resaltar que arroja buenos índices psicométricos (Servera et al., 2006).

Por otro lado, existen dos entrevistas específicas para la exploración psicológica, que tiene una estructura muy similar a las anteriormente citadas que son: la Información Diagnóstica General (IDG), la cual fue creada por Capafons, Sosa, Alcántara y Silva en 1986, y la Pauta de Entrevista para Padres (PEP) creada por Pelechano en 1979 (Servera et al., 2006).

En cuanto a la IDG se aplica a padres con hijos cuyas edades se comprenden entre los 5 y los 15 años. Esta entrevista consta de 59 preguntas y varias opciones de respuesta. Mientras que en la PEP el adulto debe elegir la opción que mejor describe la situación de un total de 78 preguntas con diversas opciones de respuesta (López, Alcántara, Castro et al., 2013).

Ambos instrumentos incluyen áreas sobre el desarrollo evolutivo, la historia clínica, normas de disciplina y, recompensas y castigos utilizados por la familia. También se incluyen cuestiones acerca del funcionamiento del/de la niño/a en el centro educativo, las relaciones con sus iguales y sus hermanos, las dificultades escolares y el cumplimiento de las normas académicas (López, Alcántara, Castro et al., 2013).

A continuación se muestra un ejemplo de una entrevista estructurada creada por Vaquerizo-Madrid en el año 2008, y expuesta por López, Alcántara, Castro et al. (2013).

Tabla 4

Ejemplo de entrevista estructurada de Vaquerizo-Madrid (López, Alcántara, Castro et al., 2013).

BLOQUE 1: Predictores del neurodesarrollo

1) Antecedentes y marcadores durante el primer año de vida:

- a. Excesivamente inquieto o tenso cuando estaba despierto; llorón o continuamente irritable; muy sensible a los ruidos y sobresaltos, etc.
 - b. Trastornos de la alimentación: ¿rechazo de las tomas, cólico del lactante intenso, regurgitaciones o vómitos, excesivamente caprichoso con las comidas?
 - c. Trastornos del sueño severos: dificultad para dormirse, sueño
-

intermitente, despertares con llanto, etc.

2) Marcadores del juego de los 12 a los 5 años:

- a. Prefiere los juegos deportivos o de ejercicio: pelotas, balones, etc., y les gusta gastar energía con ellos más que los juegos educativos como puzles o encajables.
- b. Le gustan los juguetes de piezas, pero solo para desmontarlos, con una actitud destructiva, rechazándolos y abandonándolos luego sin interés por ellos. No le da la función adecuada a cada uno de los juguetes.
- c. No es capaz de jugar con otros niños, ni de compartir y proponer juegos y actividades.

3) Marcadores del aprendizaje, conducta y socialización:

- a. ¿Tiene problemas de aprendizaje escolar: letras, números, colores, formas?
- b. Problemas en el uso de las manos: motricidad fina (hacer torres, ensartar anillas, etc.).
- c. Dibujo: realizar figuras y entender la figura humana a través del dibujo.
- d. ¿Tiene algún problema en sus conductas alimentarias?
- e. ¿Tiene problemas de sueño?
- f. Manifiesta conductas violentas hacia otros niños.

BLOQUE 2: Perfil de temperamento, desarrollo de la personalidad y comportamiento inflexible-explosivo; conducta oposicional-desafiante de la infancia.

- a) Dificultad para controlar las emociones.
 - b) Bajo umbral de tolerancia para las frustraciones.
 - c) Capacidad limitada para ser flexible y adaptarse a las situaciones nuevas.
-

Mala reacción a los cambios en sus rutinas, acontecimientos nuevos o no familiares y tendencia a pensar siempre en términos de blanco-negro.

- d) Protestan ante nuevos alimentos, lugares o personas.
- e) Episodios de explosión desmesurados.
- f) Manías sobre temas concretos para los cuales se muestra inflexible (ropa, comida, etc.)
- g) Humor negativo (irritable, rarezas).
- h) Sobrerreaccionan ante ruidos o luces inesperados.
- i) Tiene mal genio.
- j) Discute con adultos.
- k) Desafía o se niega a cumplir con las normas o peticiones de los adultos. A menudo deliberadamente enfada a la gente.
- l) Culpa a los otros por sus errores o mala conducta.
- m) Es sensible y se molesta fácilmente con los otros.
- n) Está enfadado o resentido.
- o) Es vengativo o rencoroso.

BLOQUE 3: Atención, hiperactividad, impulsividad y comorbilidad [Copeland Symptoms Checklist modificado (6)].

– **Inatención-distraibilidad:**

- a) Manifiesta pobre nivel de atención para aquellas tareas y actividades que le producen poco interés.
 - b) Tiene dificultades para completara sus tareas.
 - c) Refieren somnolencia diurna y/o se le pueden aplicar apodos como soñador.
-

-
- d) Comienza sus actividades con gran entusiasmo pero tiene dificultades para concluir las.
- **Inmadurez:**
- a) Ha tenido retraso en el desarrollo físico y psicomotor.
 - b) Su conducta se parece a la de los niños pequeños, razón por la cual prefiere relacionarse con niños de menos edad.
- **Hipoactividad:**
- a) Observan cierto grado de letargía (apatía) en su actividad diaria.
 - b) Durante el día está siempre en las nubes y completa sus tareas lentamente y con dificultad.
- **Dificultades emocionales:**
- a) Se frustra con facilidad, se irrita y tiene rabietas o explosiones de ira y rabia.
 - b) Es poco sensible al peligro o muestra poca reactividad al dolor.
 - c) Muestra baja tolerancia a las frustraciones.
 - d) Tiene a menudo rabietas o explosiones de cólera.
 - e) Describiría a sus hijo/a como malhumorado/a.
 - f) Cree que se caracteriza por su baja autoestima.
- **Hiperactividad:**
- a) Tiene incapacidad para estar en reposo.
 - b) Sus necesidades para dormir son menores que las de la media.
 - c) Habla mucho.
 - d) Corre o salta excesivamente.
-

e) Está continuamente en movimiento durante el sueño. Da patadas continuamente a la ropa de la cama.

f) Tiene dificultades para estar sentada durante las comidas o en el pupitre. A menudo camina alrededor de la clase.

– **Impulsividad:**

a) Actúa antes de pensar.

b) Puede considerarse a su hijo como fácilmente excitable.

c) Es desorganizado y requiere continua supervisión de sus tareas y actividades.

d) Continuamente cambia de una actividad a otra.

e) Tiene dificultades para las reuniones en grupo que requieren paciencia y hablar por turno.

BLOQUE 3a: Ansiedad.

a) Se preocupa fácilmente y tiene pensamientos o sentimientos negativos.

b) Se siente inseguro/a de si mismo/a, le da demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidirse y puede sentir miedo.

c) Le sudan las manos hasta en días fríos o le tiemblan las manos y le duele la cabeza. Su cuerpo está siempre en tensión: en ocasiones tiene palpitaciones o el corazón le late muy deprisa y a veces le falta el aire o su respiración es muy agitada.

d) Trata de rehuir o evitar algunas situaciones y se queda paralizado/a o sus movimientos son torpes.

e) Tartamudea o tiene otras dificultades de expresión verbal.

BLOQUE 3b: Conductas obsesivo-compulsivas.

a) Han observado tics o muecas en la cara, el cuello o el cuerpo

especialmente ante situaciones de ansiedad.

- b) Tics de carraspeo o picor de nariz.
 - c) Rituales motores o conductuales.
 - d) Tiene obsesiones por algunos temas o conductas que puedan definirse como manías.
 - e) Miedos inexplicados y fobias.
-

Para López, Alcántara, Castro et al., (2013) el instrumento de evaluación más utilizado en este trastorno son las escalas y los cuestionarios, debido a su rápida aplicación, ofrece información sobre las personas más relevantes del entorno, su bajo coste, ofrece información acerca de las conductas difíciles de observar gracias a un registro, etc.

Las escalas de valoración, según López, Alcántara, Castro et al., (2013), pueden diferenciarse en escalas generales o de amplio espectro, o escalas específicas para síntomas del TDAH. Las escalas generales más empleadas, son las siguientes: Inventario de Conducta Infantil de Achenbach para Padres (1991); Inventario de Síntomas para la Infancia (Gadow y Sprafkin, 1994); Sistema de Evaluación Conductual para Niños/as (Reynolds y Kamphaus, 1992); La Escala de Evaluación de Autocontrol (Kendall y Wilcox, 1979); el Cuestionario de Autocontrol Infantil y Adolescente (CACIA; Capafons y Silva, 1998); Cuestionario de Problemas Comportamentales en Preescolar (Behar y Stringfield, 1974); el Cuestionario de Problemas de Conducta para Preescolar (CCP; Miranda y Santamaria, 1986); la Escala de Socialización (Pelechano y Barreto, 1979).

La Escala de Socialización (Pelchano y Barreto, 1979) es un complemento para evaluar a menores que presentan hiperactividad y trastornos de conducta. Se puede administrar en: Escalas de Factores Positivos de la Socialización (Pelechano y Barreto, 1979); Escala de Hábitos Perturbadores de la Socialización (Pelechano y Báguena, 1979); y, Batería de Socialización (Silva y Martorell, 1983) (López, Alcántara, Castro et al., 2013).

En cuanto a las escalas específicas para síntomas del TDAH, López, Alcántara, Castro et al. (2013), exponen las siguientes: Escala de Valoración de Connors (Connors, 1997);

Cuestionario de Conducta en la Escuela (Conners, 1969); Cuestionario de Conducta Infantil para Padres (Conners, 1973); Escala IOWA de Hiperactividad y Agresividad de Conners para Profesores (Loney y Milich, 1982); Escalas para la Evaluación del Déficit de Atención e Hiperactividad (Farré y Narbona, 1998); Cuestionario de Hiperactividad (Werry, Weiss y Peters, 1968); Listado de Síntomas del DSM-IV-TR (APA, 2000); Cuestionario de Situaciones en la Escuela (Barkley, 1981); Cuestionario de Situaciones en el Hogar (Barkley, 1981), e Inventario de Síntomas para Niños y Adolescentes Stony Brook (Gawor y Sprafkin, 1995).

Existen multitud de cuestionarios entre los cuales podemos destacar: las Escalas de Conners (1969); Las Escalas de Achenbach y Edelbrock (1983), y el Cuestionario de Hiperactividad de Werry, Weiss y Peters (1968). En nuestro país, la Escala de Conners fue validada y adaptada por Farré y Narbona en 1989 (Servera et al., 2006).

Las Escalas de Achenbach y Edelbrock, o también conocido como el Cuestionario de Conducta Infantil, según Servera et al., (2006), es uno de los instrumentos de evaluación específico para trastornos infantiles que mayor apoyo experimental ha recibido.

“La Escala de Evaluación de la Actividad de Werry, Weiss y Peters se centra en aspectos motores y se ha utilizado ampliamente como medida independiente en los experimentos de control de la hiperactividad a través de fármacos. Es una de las pruebas que presenta índices más elevados de correlación entre evaluadores y sensibilidad a tratamientos, aunque existen pocos datos de su fiabilidad test-retest y su consistencia interna” (Servera et al., 2006).

Es necesario destacar que existen unas medidas que se aplican directamente al niño podemos distinguir entre las medidas de la impulsividad, los tests neuropsicológicos, y las pruebas de atención. Dentro de las pruebas de atención, la más utilizada en el ámbito de la investigación son los test de rendimiento académico. “Normalmente consiste en que el niño observe en una pantalla la aparición de letras o números (generalmente una por segundo) y responda apretando un botón ante uno o una combinación de estos estímulos. Los errores de omisión y comisión han demostrado diferenciar significativamente a niños hiperactivos y normales y ser sensibles al uso de estimulantes” (Servera et al., 2006).

Estos instrumentos se basan en recabar la información que el propio niño proporciona (López, Alcántara, Castro et al., 2013).

Para la evaluación de la atención, López, Alcántara, Castro et al., (2013) cita los siguientes instrumentos: Tests de Caras (Thurstone y Yela, 1979); Test de Cancelación de Figuras (Rudel, Denkla y Borman, 1978); Test de Ejecución Continua (Rosvold, Mirsky, Sarason, Brauscome y Beck, 1956); Perfil Atencional de WISC-R (Wechsler, 1974); Pruebas de Atención del Seminario de Pedagogía del Instituto Pontificio S. Pio X (VV.AA., 1961); Subtest de Integración Visual del ITPA (Kirk, McCarthy y Kirk, 1986); Test de Atención Selectiva y Sostenida (Batlle y Tomás, 1998, 1999), y Tarea de Atención Sostenida (Cardo y Severa, 2006).

En cuanto a los instrumentos de evaluación de impulsividad, López, Alcántara, Castro et al., (2013) exponen los siguientes: Test de Emparejamiento de Figuras Familiares (Kagan, Rosman, Day, Albert y Phillips, 1964) y el Test de Ejecución Continua CPT (errores de comisión) (Félix, 2002, 2003).

Por otro lado, en la evaluación del control inhibitorio, López, Alcántara, Castro et al. (2013) mencionan los siguientes instrumentos: Test de Stroop (Stroop, 1935); Sun-Moon Stroop (Gerstadt, Hong y Diamond, 1994); Tarea de Stop (Logan y Cowan, 1984) y Tarea del Círculo (Bachorowski y Newman, 1990).

Por último, en lo referido a los instrumentos de evaluación de la organización y planificación, encontramos: Test Trail-Making (Corrigan e Hinkeldey, 1987; Gaudino, Geisler y Squires, 1995; Reitan, 1958); Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños/as (Portellano, Martínez y Zumárraga, 2009), y Torre de Londres (Shallice, 1982). Y por otro lado, para la evaluación de la memoria de trabajo se utilizan: la Prueba de Memoria de Conteo (Case, Kurland y Goldberg, 1982); Tarea de Memoria de Trabajo de Oraciones (Siegel y Ryan, 1989), y la Tarea de Recuerdo Espacio-Temporal (Dubois, Fargier y Prade, 1995) (López, Alcántara, Castro et al., 2013).

Un complemento ideal y necesario son los procedimientos de observación directa, ya que permite analizar tanto los antecedentes como los consecuentes de las conductas hiperactivas, con el fin de desarrollar un programa cognitivo-conductual de intervención más específico. A su vez, es necesario resaltar que en ocasiones es el propio clínico quien debe

realizar el registro de la observación, por lo que se dispone de bastantes procedimientos estandarizados que facilitan esta tarea. Algunos de estos procedimientos son: El Código de Observación de Conducta en el Aula (Abikoff y Gittelman, 1985); el Registro de Conducta Infantil-Forma de Observación Directa (Achenbach, 1986), y el Sistema de Codificación de Conductas Hiperactivas (Barkley,1990). Existen cinco categorías que engloban las conductas observables, estas son: fuera de la tareas, habla, jugar con objetos, movimientos motores y estar fuera del asiento (Servera et al., 2006).

Otro de los instrumentos de evaluación son los conocidos métodos mecánicos cuyo objetivo es valorar en nivel de actividad del niño. Estas medidas están limitadas a contextos del laboratorio, y no se utilizan en el entorno natural del niño/a. Estos métodos son: Actómetros; Oscilómetros, y Células fotoeléctricas. En el ámbito clínico estas medidas no se consideran válidas para conocer el nivel total de actividad motora, porque su uso está limitado a unos movimientos específicos. Por lo que estos instrumentos no ofrecen unos resultados muy consistentes, además de poca estabilidad en el tiempo (López, Alcántara, Castro et al., 2013).

4.6.1 Diagnóstico de la comorbilidad

Artigas (2011) expone que para llevar a cabo un diagnóstico del TDAH, se debe de tener en cuenta las patologías comórbidas que el/la niño/a pueda presentar. Por lo que es necesario realizar una primera aproximación, en concreto en la historia clínica.

Existen unas pruebas que evalúan los aspectos cognitivos básicos lo que permite valorar los problemas que presentan los niños con TDAH. Son unos instrumentos que permiten seguir la respuesta al tratamiento y la evolución del trastorno (Artigas, 2011).

En la siguiente tabla se muestran las pruebas específicas que se utilizan para detectar los trastornos comórbidos (Artigas, 2011).

Tabla 5

Pruebas específicas para trastornos comórbidos según Artigas (2011).

PRUEBAS ESPECÍFICAS PARA TRASTORNOS COMÓRBIDOS		
Test estandarizado de lectura (TALE/TALEC)	Test de vocabulario de Boston	Dyscalculia Screener Report
Batería de evaluación de los procesos lectores, revisada (PROLEC-R)	Peabody	Batería de evaluación de los procesos lectores, educación primaria (PROLEC-SE)
Figura del Rey	Tedi-Math	Orientación de líneas (NEPSY)

4.7. Tratamiento

Según Servera et al., (2006) el tratamiento del TDAH se puede realizar a través de dos modalidades terapéuticas distintas en función del enfoque que se quiera utilizar. Por una parte el tratamiento farmacológico, y por otra, las terapias cognitivo-conductuales. Es necesario destacar que los resultados de ambas simplemente se limitan a unas áreas determinadas del trastorno, por lo que no se produce una respuesta global y satisfactoria, en ninguno de los dos casos. En los últimos tiempos se ha creado otra alternativa conocida como “tratamientos combinados”

4.7.1 Tratamiento cognitivo-conductual

Las técnicas cognitivo-conductuales para trabajar con niños que padecen TDAH, se basan en técnicas de modificación de conducta. Este tipo de tratamiento es de los más efectivos, y ha sido probado científicamente por diversos estudios. Gracias a este modelo cognitivo-conductual, los/as niños/as mejoran su autocontrol y aprenden a autorregularse, y a su vez, permite que estos/as aprendan y desarrollen sus habilidades sociales. La mayor parte de las estrategias se aprenden a través del juego (Guerrero, 2016).

Según Servera et al., (2006), se basa en la intervención a través de programas multicomponentes formados por diferentes técnicas que se llevan a cabo en el medio natural.

Es necesario resaltar que estas técnicas son específicas para el niño, pero a su vez, sirven para entrenar y formar a padres y educadores.

Los efectos positivos del tratamiento conductual, son los siguientes: mejora de las interacciones sociales; aumento del rendimiento académico y de la conducta atencional, y disminución de la actividad motora excesiva (Servera et al., 2006).

Es necesario destacar que la intervención más habitual, según Servera et al., (2006), es que combina estrategias de problemas y el entrenamiento en autoinstrucciones. Además, afirma que tanto las técnicas conductuales como las cognitivo-conductuales deben seguir investigándose con el fin de mejorar la intervención terapéutica de la hiperactividad.

4.7.2 Tratamiento farmacológico

La mediación, según Guerrero (2016), es una medida puntual con el fin de amortiguar los síntomas, solo entre un 10 y un 15% de los niños necesitan un tratamiento farmacológico de por vida.

Los niños con TDAH presentan déficits en dos neurotransmisores cerebrales importantes: dopamina y noradrenalina. La mediación actúa sobre estos dos neurotransmisores mejorando y potenciando los niveles de atención y autocontrol, además de la mejora en la inhibición y el aumento de la motivación. La noradrenalina tiene mayor actividad en las zonas parietales posteriores y su función se centra en el filtrado de la información. Y por otro lado, la dopamina se centra en las regiones anteriores del cerebro y mejora el control inhibitorio y la atención sostenida (Guerrero, 2016).

Aunque como afirma Servera et al., (2006) no solo se suministran estimulantes sino otros fármacos como tranquilizantes, y antidepresivos y sales de litio, estos dos últimos en menor medida.

En cuanto a los fármacos estimulantes arrojan porcentajes de éxito que están entre el 60% y el 90% de los niños tratados (Servera et al., 2006).

La gran mayoría de los clínicos entiende que la ingesta de psicofármacos es especialmente útil en la primera fase del tratamiento, o en periodos agudos del trastorno, o

cuando no es posible otro tipo de terapia, sin embargo normalmente se debe complementar con una intervención cognitiva-conductual (Servera et al., 2006).

4.7.3 *Tratamientos combinados*

Estos tratamientos combinados en los que se trabajan terapias cognitivo-conductuales y farmacológicas es poco frecuente en la infancia, excepto en este trastorno (Servera et al., 2006).

“Así pues, desde hace años se viene probando la eficacia de tratamientos mixtos, integrados frecuentemente por medicación estimulante (preferentemente, metilfenidato) y técnicas de manejo de contingencias, entrenamiento de padres y profesores, junto con procedimientos cognitivos como el entrenamiento en autoinstrucciones y en solución de problemas” (Servera et al., 2006).

En general, Servera et al., (2006) afirman que la utilización combinada del tratamiento cognitivo-conductual y la mediación logran una mayor reducción de las alteraciones y de los síntomas de la hiperactividad.

4.7.4 *Intervención asistida con animales*

Según Guerrero (2016) las intervenciones asistidas con animales se realizan normalmente con perros y caballos. En las terapias con perros se han obtenidos beneficios como: incremento de la socialización y de las habilidades sociales, disminución de la ansiedad y la ira, interés por acudir al centro escolar, disminución de los niveles de cortisol, menor índice de distracción, y disminución de los comportamientos sociales aversivos. A su vez, también se puede trabajar la lectura, a través de la enseñanza por parte del niño al perro, ya que este le escuchara atentamente y no le juzgara.

“El uso de las terapias ecuestres puede aportar al niño la enseñanza de que debe esperar su turno, de que hay límites que respetar. También les enseña a seguir rutinas como el cepillado del caballo y su alimentación. Son muchos los procesos psicológicos que se trabajan en estas terapias, como es la atención dividida, la memoria de trabajo, se aprende a

establecer y perseverar para conseguir metas y se trabaja en la resolución de problemas” (Guerrero, 2016).

4.8. En el ámbito escolar

Guerrero (2016) expone que los síntomas del TDAH son incompatibles con las exigencias de la vida escolar. En concreto, en los primeros cursos de la etapa de primaria, las exigencias de estos cursos son contrarias a los síntomas que presentan estos niños. Por lo que podemos entender que estos niños presenten tantas dificultades en el ámbito escolar, ya que deben luchar contra los síntomas diariamente a lo largo de toda la jornada escolar. Esto conlleva a un aumento del nivel de frustración y sufrimiento.

En cuanto a las pautas que los docentes pueden seguir con estos alumnos, encontramos las siguientes: Realizar descansos cerebrales frecuentemente; todos los alumnos son importantes; realizar un buen seguimiento del niño con TDAH; hacer un buen uso de la agenda para lograr una organización y planificación correcta; situarnos en la zona de desarrollo próximo del niño; realizar una buena orientación académica y profesional; recibir formación sobre el TDAH; no castigar al niño sin recreo; motivar al niño y cuidar nuestra relación con él; entender y respetar que necesita mayor movimiento que los demás; ubicación correcta del niño con TDAH en el aula; asignarle un compañero que le ayude; reducir la carga de deberes; ayudarles a mejorar y potenciar su atención; plantear actividades contextualizadas, y adaptar los ejercicios y los exámenes del niño con TDAH (Guerrero, 2016).

- **Realizar descansos cerebrales frecuentemente**

Según Guerrero (2016) las actividades que se programan para cada jornada tienen que ser lo más variadas posibles, y además, se deben realizar breves descansos entre estas, con el fin de que los/as alumnos/as puedan descansar. Lo más idóneo es que estos en estos descansos (entre diez y quince minutos) se introduzcan movimientos, pero no solo para los/as niños/as que padecen TDAH, sino para todo el grupo, ya que esto favorece la alerta atencional.

- **Todos los alumnos son importantes.**

Según Guerrero (2016) es importante llevar a cabo diversas dinámicas para que todos los alumnos se sientan integrados en el grupo-clase. Tales como la asignación de tareas, en los que cada grupo de alumnos se encargan de una tarea, ya que esto favorece la autoestima de los alumnos, y les hace sentirse importantes.

Por otro lado, es importante que todas las personas que están implicadas en la educación del/de la niño/a, se muestren cercanos con ellos/as, para que este/a sepa que cuenta con su ayuda y/o apoyo (Guerrero, 2016).

- **Realizar un buen seguimiento del niño con TDAH.**

Para que el/la alumno/a con TDAH alcance los objetivos fijados, Guerrero (2016) expone que es imprescindible que el/la docente haga un buen seguimiento, y se comprometa con el/la niño/a. A su vez, el/la docente debe estar coordinado/a con todos los profesionales tanto externos como internos que trabajan con el/la niño/a, incluidos los padres, como agentes de la educación.

- **Situarnos en la zona de desarrollo próximo del niño.**

Lev Vigotski hizo alusión a dos zonas distintas dentro del desarrollo evolutivo. Por lo que los objetivos pueden plantearse dentro de la zona de desarrollo real, tareas que el niño ya domina, o en la zona de desarrollo potencial. En la primera zona, no se va a lograr un desarrollo de la autonomía ni de la capacidad de esfuerzo del niño. En lo referido a la segunda zona, se propone objetivos fuera del alcance del niño, por lo que el/la niño/a deberá contar con la ayudas de un adulto o un experto, con el fin de alcanzar la meta (Guerrero, 2016).

- **Recibir formación sobre el TDAH.**

La figura del profesor/a, según Guerrero (2016), es muy importante en la detección temprana de un trastorno, debido al gran tiempo que pasan con los/as alumnos/as. Por ello, es imprescindible que los/las docentes estén en continua formación, para conocer tanto las patologías como los métodos de ayuda que se pueden llevar a cabo desde el ámbito escolar.

- **No castigar al niño sin recreo.**

Es necesario resaltar que el tiempo de recreo es un momento muy importante para todos/as los/as niños/as, pero en especial, para los/as que presentan TDAH, ya que es su momento de diversión, de juego, además de estar implicado en el desarrollo social, afectivo y relacional (Guerrero, 2016).

- **Motivar al niño y cuidar nuestra relación con él.**

El/la niño/a debe sentir que el/la docente confía en él, y que va a ayudarlo en todos los aspectos para lograr su máximo desarrollo. Por lo que es idóneo, que el/la docente dedique tiempo en su relación con el/la alumno/a en otros aspectos que no sean los estudios y la vida académica, por ejemplo, sus hobbies. El adulto debe tomar decisiones con firmeza y seguridad, siempre respetando al/a la alumno/a para que este/a se sienta apoyado y comprendido. Por lo que no debe responder con rotundidad, sino que es necesario marcar unos límites bien establecidos. (Guerrero, 2016).

- **Ubicación del niño con TDAH en el aula.**

Guerrero (2016) expone que los niños con necesidades educativas especiales, trastornos del aprendizaje o TDAH deben estar ubicados en las primeras filas de mesas y sillas del aula. Por lo que se deben idear distintas estrategias en caso de que el/la alumno/a con TDAH no pueda estar en las primeras filas, con el objetivo de que centre su atención en el/la docente (Guerrero, 2016).

- **Reducir la carga de deberes.**

Una de las estrategias que se puede utilizar es la asignación de tareas según asignatura y día. Por ejemplo, los lunes se mandaran deberes de lengua e inglés, los martes de matemáticas y sociales, etc. Otra estrategia sería mandar los deberes al comienzo de la sesión ya que es cuando más atentos están, favoreciendo así sus dificultades en la atención y planificación (Guerrero, 2016).

- **Ayudarles a mejorar y potenciar su atención.**

A continuación, se muestran algunas ideas o estrategias que expone Guerrero (2016) en su libro:

- El/La docente debe desplazarse por el aula, favoreciendo que los/as alumnos/as participen y estén activos en clase. Reforzando al alumno que siempre está activo
- Preguntar con frecuencia a los alumnos para comprobar si comprenden y siguen la lección, y evitar el discurso monótono y aburrido.
- Utilizar ejemplos que generen curiosidad o sean atractivos para el/la alumno/a, fomentando la curiosidad.
- A lo largo de los primeros minutos se deben presentar los conceptos teóricos, ya que en esos momentos están más relajados y atentos.
- Permitir que los alumnos se desplacen por el aula.
- Utilizar el nombre del alumno/a, mensajes escuetos y directos cuando el docente se dirija a el/ella.
- Favorecer el aprendizaje cooperativo.

- **Adaptar los ejercicios y los exámenes del niño con TDAH.**

Guerrero (2016) explica que se deben realizar adaptaciones: en el tiempo de examen, en el modelo de examen y, en la evaluación.

Las adaptaciones en el tiempo de examen consisten en ofrecer un suplemento máximo del 35 por ciento del tiempo del examen. Por otro lado, las adaptaciones del modelo de examen, pueden ser: adaptar el tipo y el tamaño de la letra, y ofrecer hojas en blanco para que puedan realizar cálculos, esquemas, etc. (Guerrero, 2016).

En cuanto a las adaptaciones de evaluación, Guerrero (2016), expone que el/la docente puede hacer uso de diversos formatos, ya sean: pruebas orales, ejercicios de respuesta simple, dividir el examen en dos días, etc.

4.9. En el ámbito familiar

Guerrero (2016) explica que como bien sabemos cada niño/a va a presentar una sintomatología diferente, aunque todos los/as niños/as con TDAH presenten un mismo diagnóstico. Es necesario destacar que las personas que padecen este trastorno tienen dificultades en realizar algunas tareas, por lo que pueden llevarlas a cabo, aunque con problemas.

4.9.1 ¿Cómo explicarle a su hijo/a que tiene TDAH?

Al proceso de explicación de este trastorno se le conoce como “psicoeducación”, ya que es necesario explicarle cuáles son sus síntomas, y por tanto cuáles son sus dificultades, lo que le va a servir al niño/a para afrontarlas mejor. Es necesario resaltar que el lenguaje que utilizemos debe de ser adecuado en función de la edad del niño/a. A la hora de explicarle el trastorno que sufre y las dificultades que presenta o, es posible que presente, debe hacerse de manera positiva y siempre con ejemplos de la vida cotidiana, con el fin de que el/la niño/a se sienta apoyado por las personas que le rodean (Guerrero, 2016).

La familia debe programar que día, en qué contexto y que es lo que le van a decir exactamente al/ a la niño/a. Es necesario resaltar que se debe realizar una conversación en la

que intervenga tanto los padres como el/la niño/a, y que este último realice las preguntas que le surjan para conocer lo que le pasa (Guerrero, 2016).

Según Guerrero (2016), en caso de que el encargado de decirle al/ a la niño/a el trastorno que sufre sea un profesional, cada uno utiliza el método que él/ella crea que es más correcto.

4.9.2 Pautas generales para padres

A continuación, se exponen algunas de las pautas que los padres con niños con TDAH pueden seguir: establecer normas y límites en casa; dar solamente una instrucción; dejarles tiempo para procesar; fragmentar las tareas y hacer descansos cerebrales; seguimiento del ámbito escolar; buen uso de las nuevas tecnologías; correcta aplicación de los refuerzos y castigos; favorecer su automonitorización; gestionar adecuadamente las actividades extraescolares; cultivar su curiosidad; promover el juego; favorecer el autocontrol; no mezclar los diferentes ámbitos; potenciar las habilidades positivas del niño; hábitos sanos: dieta equilibrada, descanso y practicar algún deporte; desarrollar el ámbito social y anímico del niño, y el autoexamen (Guerrero, 2016).

- **Establecer normas y límites en casa.**

Según Guerrero (2016) es importantísimo que la familia establezca unas normas y unos límites, debido a que es un factor de protección ante las conductas inapropiadas o de riesgo que el niño pueda presentar. Deben de ser pocas y claras, y siempre priorizando unas sobre otras. Una buena idea es establecer las normas y los límites de la casa entre toda la familia, donde todos participen y puedan ir familiarizándose con ellas (Guerrero, 2016).

- **Dar solamente una instrucción.**

Estas instrucciones, según Guerrero (2016) deben darse de manera clara, concisa y con un tono de voz neutro, evitando siempre los chantajes emocionales.

Por lo que podemos destacar que al/a la niño/a con TDAH hay que darle las instrucciones de una en una, y esperar hasta que cumpla la primera para poder darle la siguiente (Guerrero, 2016).

- **Dejarles tiempo para procesar.**

La velocidad de procesamiento de un individuo con TDAH, es decir, el tiempo que transcurre desde que ve el estímulo hasta que ejecuta la respuesta, es muy lenta. Por ello, se les debe dejar más tiempo para que procesen la información que se les trasmite (Guerrero, 2016).

- ***Fragmentar las tareas y hacer descansos cerebrales.***

Cuando una tarea es novedosa o compleja, Guerrero (2016) comenta que, lo más idóneo es dividirla en partes, incluso si la actividad exige mucho tiempo. En cuanto a la realización de descansos podemos decir que su objetivo es dar descansos tanto al cerebro como al cuerpo, para volver con más energía y motivación.

- **Seguimiento del ámbito escolar.**

Según Guerrero (2016) esto se traduce en: realizar un seguimiento de la agenda del niño/a y, acudir a tutorías, e incluso que los padres dediquen el tiempo necesario para realizar las tareas escolares con sus hijos/as.

- **Buen uso de las tecnologías.**

Según Guerrero (2016), hay que tener en cuenta las siguientes orientaciones: “Utilizarlas durante periodos cortos de tiempo. Si los niños usan las videoconsolas o móviles durante mucho tiempo, estarán demasiado excitados e inquietos”; y, “evitar que utilicen este tipo de dispositivos a partir de las 20.00 horas o justo antes de cenar o dormir. Esta sobreexcitación también hay que evitarla antes de hacer las tareas escolares”.

- **Correcta aplicación de los refuerzos y castigos.**

Es muy importante premiar o, en su defecto, castigar las conductas de los niños/as, sobretodo en el caso de niños/as con TDAH, porque es un aspecto que les motiva (Guerrero, 2016).

Para Guerrero (2016), las conductas negativas deben ser ignoradas siempre que sea posible, ya que en muchas ocasiones los/as niños/as solo intentan llamar la atención con sus conductas. Es recomendable que en la medida de lo posible se eviten los castigos.

- **Favorecer su automonitorización.**

Para Guerrero (2016), la automonitorización significa “ser conscientes y autoevaluar cómo están haciendo una conducta”. Al principio, cuando un individuo aprende una destreza necesita que otra persona le diga cómo debe hacerlo, como son los padres y maestros, y posteriormente lo realizan ellos solos.

- **Gestionar adecuadamente las actividades extraescolares.**

La realización de actividades extraescolares cultivan y estimulan el cerebro de los niños, e incluso, muchas de ellas son deportivas por lo que favorecen la quema de energía extra de los niños con TDAH y la psicomotricidad. Algunas de las actividades extraescolares que mejores resultados dan, son: ajedrez, tiro con arco, judo, yoga, esgrima, robótica, fotografía, etc. Es necesario destacar que estos niños no pueden estar apuntados a tres o cuatro actividades a la vez (Guerrero, 2016).

- **Jugar es importante.**

Para los niños el juego es una manera de divertirse, pero a su vez, les proporciona un correcto desarrollo. Por ello, es muy importante que los padres jueguen con sus hijos/as (Guerrero, 2016).

- **Potenciar las habilidades positivas del niño.**

Es necesario destacar que se debe dedicar un periodo de tiempo al día en realizar una actividad que le guste y se le dé bien al/a la niño/a (Guerrero, 2016).

- **Hábitos Sanos: Dieta equilibrada, descanso y practicar algún deporte.**

No es necesario que los/as niños/as con TDAH sigan alguna dieta diferente al resto de niños/as. Aunque se han nombrado muchos tratamientos alimenticios para el TDAH, no se ha probado científicamente (Guerrero, 2016).

En cuanto al deporte, Guerrero (2016) expone que tiene efectos positivos sobre la concentración, por lo que es recomendable que realicen actividades físicas regularmente.

- **Desarrollar el ámbito social y anímico del niño.**

Los padres del/de la niño/a deben promover y favorecer que el/la niño/a socialicen y se relacionen con sus iguales. En lo referido al ámbito anímico, es muy importante no realizar comparaciones ya sea con sus hermanos/as o con sus amigos/as (Guerrero, 2016).

- **Autoexamen.**

Según Guerrero (2016), los padres deben realizarse periódicamente autoexámenes con el fin de pensar si la labor que están realizando es la correcta, o si por el contrario, hay que mejorar en algún aspecto, aunque siempre hay aspectos que se pueden mejorar.

4.9.3 Características de un ambiente familiar óptimo para niños/as con TDAH

El ambiente familiar, según López, Romero, Castro y Alcántara (2013), de un hogar en el que vive un/a niño/a debe ser: estable, consistente, explícito y predecible.

López, Romero et al. (2013), hace alusión a que las reglas no pueden cambiar de un día para otro. Es decir, el/la niño/a debe cumplir la regla siempre. Las reglas deben estar marcadas antes de que se produzca un incumplimiento de esta. Si los/las niños/as realizan una conducta inapropiada que no está dentro del reglamento, no podrá ser sancionada. El cumplimiento o incumplimiento de las propuestas por los padres siempre ha de tener las mismas consecuencias para el niño.

A su vez, es necesario crea un plan de armonía familiar, en el que se tengan en cuenta los siguientes aspectos: Los padres son modelos para sus hijos/as; el/la niño/a debe conocer que es lo que tiene que hacer, y por supuesto, que es lo que se espera de él; el/la niño/a es importante que conozca las consecuencias de sus conductas, y por último, las familias deben conocer cuáles son los refuerzos más idóneos (ya sean, positivos o negativos) para el/la niño/a (López, Romero et al., 2013).

4.9.4 Refuerzos ante las conductas de los/las niños/as con TDAH

Según López, Romero et al., (2013), la mayoría de las conductas de los/as niños/as persisten gracias a los refuerzos. Pero también existen las conductas inapropiadas, las cuales se deben erradicar. Lo que se pretende es que se desaprenda la conducta si no recibe recompensa. Al principio de este proceso los niños tienden a incrementar las conductas inapropiadas por lo que las familias deben ser consistentes y mantener la retirada de recompensas.

A su vez, López, Romero et al., (2013) también hace mención al manejo de contingencias. Por tanto, para aplicar correctamente el reforzamiento es necesario: Elección correcta de los reforzadores; Refuerzo continuo; Utilizarlo inmediatamente después de la conducta deseada, y es necesario, controlar la cantidad de reforzamiento que se da.

4.10. Estrategias de intervención

Guerrero (2016) explica que las estrategias de intervención son principalmente técnicas cognitivo-conductuales, trabajando: las emociones, los pensamientos y los comportamientos desadaptativos.

Las estrategias de intervención que Guerrero (2016) explica, son: los reforzamientos, el castigo, el tiempo fuera de reforzamiento, economía de fichas, y el entrenamiento en autoinstrucciones.

Los reforzamientos se basa en aplicar una consecuencia, positiva o negativa, a una conducta concreta, con el fin de conseguir que esa conducta aumente en un futuro. El

reforzamiento positivo es cuando la consecuencia es agradable o positiva para la persona, y en cambio, el negativo, cuando la consecuencia es evitar un estímulo aversivo (Guerrero, 2016).

Por otro lado, Guerrero (2016) expone otro tipo de estrategia como es el castigo que se define como la consecuencia que se produce tras una conducta negativa, con el objetivo de que la probabilidad de que se repita la conducta vaya disminuyendo. Existen dos tipos de castigo: el positivo y el negativo. El primero hace alusión a la aplicación de una consecuencia negativa ante la conducta de un/a niño/a. Y en el castigo negativo, la consecuencia es la retirada de algo positivo para él/ella tras haber realizado una conducta no deseada.

El tiempo fuera del reforzamiento, es otra de las estrategias de las que explica Guerrero (2016), este consiste en sacar durante un periodo de tiempo fuera de una determinada actividad o tarea que le resulta divertida o entretenida.

La cuarta estrategia de la que habla Guerrero (2016) es la economía de fichas. Esta tiene como objetivo el incremento de la frecuencia de una conducta.

Y por último, el entrenamiento en autoinstrucciones, cuyo objetivo es “que el niño entienda la tarea que tiene que realizar y ponga en marcha las diferentes estrategias para guiar, controlar y monitorizar su conducta en los distintos momentos de la actividad”. Este tipo de estrategia puede utilizarse tanto en el ámbito académico como en el familiar (Guerrero, 2016).

A su vez, Artigas (2011), expone otras recomendaciones prácticas para familias y para docentes, algunas son comunes a las citadas anteriormente y otras distintas, por lo que en este caso citaré las diferentes:

- Aceptar al/a la niño/a tal y como es, y motivarlo.
- Paciencia, tolerancia y comprensión.
- Ofrecer oportunidades.
- Promover la participación en aquellas actividades extraescolares en las que puede desatacar.
- Flexibilidad en las opciones.

- Hablar al/a la niño/a a la cara, asegurándose que recibe claramente el mensaje.
- Utilizar un tono de voz normal, evitando gritar.
- Explicarle que es normal cometer errores.
- Repetir tantas veces como sea necesario.
- Proporcionar un entorno simple, fácil de ordenar.

5. Programa de intervención

El Programa de Intervención que se va a llevar a cabo en este trabajo, está formado por actividades que se realizarán a lo largo de los cuatro primeros meses del curso escolar (septiembre, octubre, noviembre y diciembre del 2016). Tras la implantación durante estos meses, si este ha dado buenos resultados, puede prolongarse a lo largo de todo el curso escolar. En este programa es necesario resaltar que existe una colaboración entre familia y docentes, ya que muchos de las tareas que se van a realizar en el aula, se pueden realizar también en el hogar, con el fin de que el/la niño/a comprenda que las nuevas conductas se tienen que dar tanto en el ámbito académico como familiar.

Para la elaboración del programa me he basado en el protocolo de VAR, que menciono a continuación, y en las pautas de actuación para docentes, que aparecen en el marco teórico, con el objetivo de que este pueda ponerse en marcha en el aula por parte de los docentes.

Este programa va dirigido a todos los alumnos de la etapa de educación primaria, aunque especialmente es para aquellos alumnos que presentan TDAH. En concreto, este se ha diseñado para el tercer curso de educación primaria, y está formado por actividades y por estrategias que se pueden llevar a cabo en el aula.

5.1. Otros programas

PSICOHAEM-VAR es un protocolo de tratamiento tanto para padres y madres, como para niños/as con comportamientos perturbadores, como el TDAH y TND (López, Alcántara, Belchí y Romero, 2013).

Es un programa completo de intervención, que se desarrollo por primera vez en el año 2000 en la Consulta de Psicología Clínica de la Infancia y Adolescencia del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia. Las siglas de este programa coinciden con los aspectos que se trabajan en él (PSICOeducación, Habilidades de manejo y Expresión eMocional-Valores, Autocontrol y Relajación). Este programa se estructurado en dos bloques; PSICOHAEM es un programa específico para los padres, y por otro lado, VAR se centra más en los menores de 5 a 12 años (López, Romero et al., 2013).

Cuando se puso en marcha este programa, se formaron tres subgrupos: un tercio de ellos siguió el tratamiento VAR, otro tercio el PSICOHAEM, y el tercio restante en el programa combinado de PSICOHAEM-VAR (López, Alcántara, Belchí et al., 2013).

PSICOHAEM es un subprograma de tratamiento psicológico para padres, formado por tres módulos; psicoeducación (PSICO), habilidades de manejo (HA) y expresión emocional (EM) (López, Romero et al., 2013).

Por otro lado, según López, Romero et al. (2013), VAR es otro subprograma de tratamiento psicológico, en este caso, para niños/as. Este está formado por tres módulos: valores sociales (V), autocontrol (A), y relajación (R).

Este programa se realiza en módulos y sesiones, ya que se dedican un número de sesiones a cada uno de los aspectos, o también conocidos como módulos, que se tratan en él (López, Romero et al., 2013).

El programa cuenta con doce sesiones, de noventa minutos, de tratamiento distribuidas a lo largo de tres meses, y con una periodicidad semanal. Como se ha mencionado con anterioridad, cuando se puso en marcha el programa se dividió a los participantes en tres subgrupos, por lo que cuando eran citados en distintos horarios, para que no coincidieran y evitar así que intercambiaran comentarios, y perturbar el objetivo del tratamiento (López, Alcántara, Belchí et al., 2013).

A continuación, se muestra una tabla en la que aparecen los componentes del programa específico para padres.

Tabla 6

Componentes o módulos del programa PSICOHAEM (para padres y madres), según López, Romero et al., (2013)

-
- **Módulo psicoeducativo: 1ª sesión y 2ª sesión.**
 - **Presentación coterapeutas.**
 - **Información sobre el trastorno y alteraciones básicas.**
 - **Desculpabilización.**
 - **Descripción procesos coerción.**
 - **Planteamiento de objetivos.**
 - **Habilidades de comunicación.**
 - **Módulo habilidades crianza, manejo contingencias: 1-10 sesiones.**
 - **Reforzamiento diferencial, tasas bajas, otras conductas, incompatibles ...**
 - **Extinción.**
 - **Coste de respuesta.**
 - **Tiempo fuera.**
 - **Sobrecorrección/restitución.**
 - **Módulo expresión emocional: 1-10 sesiones.**
 - **Legitimar emociones, reconocer y aceptar sentimientos y reacciones.**
 - **Mejorar comunicación pareja.**
 - **Evitar aislamiento.**
 - **Planificar tiempo libre.**
-

En la siguiente tabla se muestran los diferentes módulos y aspectos que se trabajan en el programa VAR.

Tabla 7

Descripción del programa VAR para niños/as por módulos, según López, Alcántara, Castro, Romero et al. (2013)

Módulo	Contenidos
<p>RELAJACIÓN (Sesión 1 y repaso en sesiones 2-11).</p>	<p>Previo: identificación respuestas individuales de tensión corporal.</p> <p>Fases y visualización facilitadoras</p> <ul style="list-style-type: none"> – Manos y brazos. Exprimir un limón. – Brazos y hombros. Gato. – Hombros y cuello. Tortuga. – Mandíbula. Chicle. – Cara y Nariz. Mosquito. – Estómago. Elefante. – Piernas y pies. Barro. <p>Control ira:</p> <p>Cuándo, cómo, y por qué nos enfadamos. Reconocimiento en nuestro cuerpo.</p> <p>El enfado:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Reacciones de nuestro cuerpo. – Expresión del enfado. – Motivos. – Qué hacemos cuando nos enfadamos.
<p>AUTOCONTROL. (Sesiones 2-4)</p>	<p>Regulación ira/enfado.</p> <p>Habilidades emocionales (1):</p> <p>Qué son las emociones y los sentimientos.</p> <p>Diferentes emociones.</p>

**VALORES
PROSOCIALES**
(Sesiones 5-11).

Cuándo, cómo y por qué nos emocionamos.

El control de las emociones.

Habilidades emocionales (2):

Confianza.

Superación personal-esfuerzo.

Automotivación.

Control ira (autocontrol II).

Habilidades prosociales:

Empatizar.

Elogiar.

Pedir perdón.

Pedir y prestar ayuda.

Buenas soluciones conflictos.

En ambos programas se evaluó para conocer la intensidad y la frecuencia con la que se daban las conductas inadecuadas (López, Alcántara, Castro, Romero et al., 2013).

En cuanto a los resultados del programa en función de las pruebas y criterios utilizados, se puede destacar: el aumento del rendimiento en los grupos de menores en las tres pruebas del WISC utilizadas (claves, aritmética y dígitos). En concreto, en los dígitos fue donde se presentó mayores diferencias entre el pretest y el posttest, al igual que en la Torre de Londres; y por otro lado, disminuyeron los comportamientos perturbadores en el grupo de padres y en el mixto, los cuales fueron evaluados a través de EDA-H, los criterios clínicos DSM-IV y el Inventario para la Evaluación de la Educación Percibida. (López, Alcántara, Belchí et al., 2013).

Según López, Alcántara y Belchí et al., (2013) en los resultados finales, se optó la modalidad mixta, ya que fue la más adecuada y valorada según los padres.

En la siguiente tabla se muestra los resultados sobre la adecuación y eficacia del protocolo de tratamiento PSICOHAEM-VAR:

Tabla 8

Valoración de los resultados de la terapia según el Listado de Calidad del Tratamiento (López, Alcántara, Belchí et al., 2013).

	Valoración
Psicoterapia ha sido adecuada	8,2
Necesidad de mantener tratamiento	9
Se ha realizado bien	9
Los objetivos se han explicado adecuadamente	8,9
Se ha desarrollado adecuadamente	8,8
Los psicólogos han realizado bien la terapia	9,3
El diseño del tratamiento es adecuado	8,9
Las condiciones ambientales son buenas	8,9
Le ha servido de ayuda	8
Valore cada modalidad: Padres	7,9
Valore cada modalidad: Menores	7,5
Valores cada modalidad: Combinado	9,4
Sanidad presta la atención necesario a infancia	3,5
Necesidad psicoterapias como esta en infancia	9,8

5.2 Objetivos

Los objetivos fijados para trabajar con este programa de intervención, son los siguientes:

- Informar a los padres acerca del trastorno que padecen sus hijos.
- Orientar a los padres acerca de cómo tratar y ayudar a sus hijos/as con TDAH.
- Fomentar las habilidades sociales y emocionales del/de la niño/a.
- Promover el aprendizaje de técnicas de autocontrol y relajación.
- Fomentar el respeto en el turno de palabra y en las intervenciones de los compañeros.
- Mejorar la comprensión lectora de los/as alumnos/as.
- Mejorar las dificultades que surgen en las funciones ejecutivas (atención, memoria operativa, inhibición, flexibilidad cognitiva y planificación).

5.3 Situación

El centro educativo en el cual se va a llevar a cabo este programa es el Colegio Público de Educación Infantil y Primaria Miguel Blasco Vilatela, que se localiza en Cella, dentro de la provincia de Teruel. En concreto, este programa se va a llevar a cabo en el tercer curso de educación primaria, ya que contamos con un alumno matriculado que presenta TDAH de tipo combinado. En cuanto al horario lectivo del centro es de nueve y media de la mañana a una de la tarde, y de tres y media a cinco de la tarde.

En concreto, a modo de ejemplo, este conjunto de actividades se va a llevar a cabo en el grupo de tercero de primaria en el que está escolarizado un alumno que presenta TDAH del tipo combinado. En la siguiente tabla se muestra las características de este alumno:

Tabla 9

Sintomatología del niño ([APA], 2013)

TIPO	SÍNTOMAS
<p>FALTA DE ATENCIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades. ▪ A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas. ▪ A menudo no sigue las instrucciones y no finaliza las tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones). ▪ A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades. <ul style="list-style-type: none"> ▪ A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes. ▪ A menudo es descuidado las actividades diarias. <p style="text-align: center;"><i>Hiperactividad</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento. ▪ A menudo “está ocupado” o suele actuar como si “estuviera impulsado por un motor”. <ul style="list-style-type: none"> ▪ A menudo habla en exceso.
<p>HIPERACTIVIDAD-IMPULSIVIDAD</p>	<p style="text-align: center;"><i>Impulsividad</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A menudo emite bruscamente las respuestas antes de haber sido terminadas las preguntas. ▪ A menudo tiene dificultades para esperar su turno.

-
- A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos).
-

A su vez, es necesario destacar que el/la alumno/a presenta una patología comórbida, la dislexia. Para trabajar este trastorno se contará con la ayuda de un/a especialista que trabajará con este/a fuera del aula, una vez a la semana.

5.4 Temporalización del programa

Como se ha comentado con anterioridad, este programa se va a llevar a cabo en los cuatro primeros meses del curso a modo de prueba. En caso de que vierta buenos resultados, se podría ampliar y ponerlo en marcha a lo largo del resto de curso.

En la siguiente tabla se muestra cómo está estructurada la temporalización de este programa, teniendo en cuenta los festivos marcados en el calendario.

SEPTIEMBRE 2016				
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
			8	9
12	13	14	15	16
19	20	21	22	23
26	27	28	29	30
OCTUBRE 2016				
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
3	4	5	6	7
10	11	12	13	14

17	18	19	20	21
24	25	26	27	28
NOVIEMBRE 2016				
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
31	1	2	3	4
7	8	9	10	11
14	15	16	17	18
21	22	23	24	25
DICIEMBRE 2016				
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
28	29	30	1	2
5	6	7	8	9
12	13	14	15	16
19	20	21	22	23

Y en la siguiente, se muestra cómo van a estar estructurados los módulos que se van a trabajar en el programa.

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
9:00 – 17:00	Comprensión lectora	Relajación	Filosofía para niños	Las emociones	Funciones ejecutivas

5.5 Intervención

Las actividades programadas en este trabajo deben realizarse de forma semanal en el aula, excepto aquellos que están programadas para unos momentos determinados, y por el contrario, las estrategias deben llevarse a cabo diariamente en el aula. Las actividades se encuentran en el anexo 1 y estrategias aparecen en el anexo 2.

5.6 Evaluación del programa




Teniendo en cuenta que la evaluación forma parte del proceso enseñanza-aprendizaje, hay que destacar que en este programa nos basaremos principalmente en la observación del trabajo y actuaciones diarias, por lo que utilizaremos una tabla de observación diaria para cada alumno y a su vez, una tabla de registro (tabla progreso en el programa) en la que se evaluará tres momentos a lo largo de este (al comienzo, en el transcurso y al final), y por supuesto, en el análisis de las tareas planteadas. Es decir, se seguirá una evaluación continua, por tanto, se evaluará no solo el resultado final de las actividades que realice, sino también se observará el proceso que sigue además de cómo se desenvuelve en estas.

En cuanto a la evaluación por parte de los padres, se realizará mensualmente una reunión con ellos para conocer el progreso de sus hijos en el hogar. Para ello se utilizará un cuestionario, con el objetivo de averiguar cuáles son las mejoras y los problemas en los que hay que seguir trabajando para poder subsanarlos.

Por último, el docente realizará un registro diario acerca de las actividades diarias que se realizan, con el fin de poder corregir aquellos aspectos o incluso actividades que no funcionan correctamente en el aula. Y cuando el programa haya finalizado, deberán rellenar un cuestionario sobre este.




- *Tabla de evaluación a través de la observación diaria/semanal. (Fuente: propia)*

NOMBRE ALUMNO:						
OBJETIVOS DEL PROGRAMA	CONDUCTAS A CONSEGUIR	L	M	X	J	V
Promover el aprendizaje de técnicas de autocontrol y relajación	Controla su propio cuerpo, si moverlo en exceso					
	No habla en exceso					
Fomentar habilidades sociales y emocionales	Respeto el turno de palabra					
Fomentar respeto en el turno de palabra y en las intervenciones de los compañeros	No interrumpe en las actividades de otros					
	No emite respuestas bruscas antes de haber terminado la pregunta					
Mejorar las dificultades que surgen en las funciones ejecutivas (atención, memoria operativa, inhibición, flexibilidad cognitiva y planificación).	Presta atención a los detalles y comete menos o ningún error.					
	Sigue las instrucciones y finaliza las tareas					
	Mantiene la atención					
	No se distrae con					

	facilidad					
	Se organiza las tareas y actividades					
	Se organiza en las actividades diarias					
Mejorar la comprensión lectora						
 NO CONSEGUIDO  EN PROCESO  CONSEGUIDO						

- *Tabla de evaluación por momentos a lo largo del programa (Fuente: Elaboración propia)*

NOMBRE ALUMNO:				
OBJETIVOS DEL PROGRAMA	CONDUCTAS A CONSEGUIR	MOMENTOS		
		PRINCIPIO	TRANSCURSO	FINAL
Promover el aprendizaje de técnicas de autocontrol y relajación	Controla su propio cuerpo, si moverlo en exceso			
	No habla en exceso			
Fomentar habilidades sociales y emocionales	Respeto el turno de palabra			
Fomentar respeto en el turno de palabra y en las intervenciones de los	No interrumpe en las actividades de otros			
	No emite			

compañeros	respuestas bruscas antes de haber terminado la pregunta			
Mejorar las dificultades que surgen en las funciones ejecutivas (atención, memoria operativa, inhibición, flexibilidad cognitiva y planificación).	Presta atención a los detalles y comete menos o ningún error.			
	Sigue las instrucciones y finaliza las tareas			
	Mantiene la atención			
	No se distrae con facilidad			
	Se organiza las tareas y actividades			
	Se organiza en las actividades diarias			
Mejorar la comprensión lectora				
 NO CONSEGUIDO	 EN PROCESO	 CONSEGUIDO		

- *Cuestionario padres (Fuente: Elaboración Propia)*

CUESTIONARIO PADRES Marca con un círculo la opción que desee
<p>1. La información que ha recibido sobre el programa ha sido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muy mala • Mala • Buena • Muy buena
<p>2. La información recibida sobre el trastorno, ha sido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muy mala • Mala • Buena • Muy buena
<p>3. Las actividades y estrategias que se les ha facilitado para tratar el trastorno en el hogar, han sido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muy mala • Mala • Buena • Muy buena
<p>4. Si ha sido buena o muy buena. ¿Qué actividad o estrategia es la que más le ha gustado?</p>
<p>5. ¿Cuál es la actividad o estrategia que mejores resultados ha dado?</p>
<p>6. ¿Cuáles son las mejoras que ha podido observar en su hijo/a en el hogar?</p>
<p>7. ¿En qué cree que deberíamos prestar más atención, y por tanto, trabajar más?</p>

- *Cuestionario docentes (Fuente: Elaboración Propia)*

CUESTIONARIO DOCENTES Marca con un círculo la opción que desee
<p>1. La información que ha recibido sobre el programa ha sido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muy mala • Mala • Buena • Muy buena
<p>2. Las actividades y estrategias que se les han facilitado para tratar el trastorno, han sido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muy mala • Mala • Buena • Muy buena
<p>3. Si han sido buenas o muy buenas, ¿Qué actividad o estrategia es la que más le ha gustado?</p>
<p>4. ¿Cuál cree que es la actividad o estrategia que mejores resultados ha dado?</p>
<p>5. ¿Cambiaría alguna actividad? ¿Cuál? ¿Por qué?</p>
<p>6. ¿Ha observado mejores en el/la niño/a desde que se ha implantado el programa? ¿En qué habilidad?</p>
<p>7. ¿En qué habilidades muestra más problemas?</p>
<p>8. Observaciones/Aspectos a destacar</p>

5.7 Coste de intervención

El coste de la intervención es bastante económico, ya que gran parte de los recursos son elaborados con materiales reciclados, o materiales propios del centro escolar, y otros son recursos electrónicos que internet nos brinda. Sin embargo, habría que tener en cuenta si las charlas informativas que realiza el/la psicólogo/a deben de ser remuneradas, o sin las imparte gratuitamente dándole un pequeño obsequio.

5.8 Resultados esperados

En cuanto a los resultados esperados, principalmente se basan en la mejora en los problemas que plantea el niño con TDAH e incluso en el resto de sus compañeros. Con el objetivo de poder seguir utilizando este programa o mejorarlo en algunos aspectos.

Concretamente, se espera: que los padres tengan suficientes herramientas para poder hacer frente al trastorno de sus hijos; mejorar las habilidades sociales y emocionales, y de respeto de turno de palabra e intervención de otros en un 40%; lograr el aprendizaje de las técnicas de autocontrol y relajación en un 65%; conseguir mejoras en la comprensión lectora en un 40%, y por último, alcanzar unos mejores resultados en las funciones ejecutivas en torno a un 30%.

Desde mi punto de vista, todas las actividades que se han planteado en este programa se centran especialmente para mejorar las habilidades y capacidades de los niños con TDAH, pero a su vez, para los niños que no presentan, ya que aunque pueden presentar habilidades y capacidades correctas, siempre pueden mejorarse para lograr mejores resultados.

5.9 Limitaciones o problemas esperados, y posibles soluciones.

En la siguiente tabla se muestran los problemas esperados, y las posibles soluciones a estos:

Tabla 11

Relación entre posibles problemas y soluciones (Elaboración propia)

PROBLEMAS O LIMITACIONES	POSIBLES SOLUCIONES
Los/as alumnos/as puede que al principio les cueste seguir las pautas y estrategias del programa, ya que las mejoras son visibles a medio y largo plazo.	Utilizar refuerzos positivos siempre que sea posible, con el fin de motivarle. Por ejemplo, al niño le cuesta comenzar a realizar la tarea, animarle, y cuando comience decirlo lo bien que lo está haciendo.
Existencia de familias que no colaboran con la ejecución del programa.	Trasmitirles la importancia que tiene la colaboración familiar en la mejora de los resultados de sus hijos, y por supuesto, la puesta en marcha de las estrategias en el hogar.
Gran diferencia entre los resultados del niño con TDAH y sus compañeros.	Reforzar en aquellos aspectos que presenten más dificultades. Teniendo en cuenta que cada individuo es distinto, por lo que los resultados varían de uno a otro, tenga o no necesidades educativas especiales.
Los especialistas de las distintas materias no tienen en cuenta las estrategias de intervención generales del programa.	Exponer a estos, la importancia de la colaboración de todos los docentes que tengan contacto con el niño, ya que si no se pueden ver afectos.

6. Conclusiones

En un primer lugar me gustaría destacar que la revisión bibliográfica de este trastorno ha sido muy laboriosa, y en la mayoría de aspectos todos los autores coinciden. Las mayores diferencias se perciben en la elección del tratamiento, ya sea farmacológico, psicoeducativo o psicológico. Aunque es necesario destacar que la mayor parte de los autores apuestan por una terapia combinada, desde un enfoque multidisciplinar.

Esta memoria se ha elaborado desde el interés y desconocimiento de muchos aspectos relacionados con el TDAH, con el objetivo de conocer más a fondo uno de los trastornos con más prevalencia en la etapa escolar.

Aunque realmente como docentes no podemos realizar un diagnóstico, ya que es una tarea del pediatra, psicólogo o psiquiatra, si que tenemos una gran labor en la detección e intervención de los casos. El docente debe conocer las distintas técnicas de modificación de conducta, para poder llevarlas a cabo en el aula, y en caso de que sea necesario, realizar las adaptaciones curriculares pertinentes.

Como hemos podido observar a lo largo de este trabajo la intervención de un/a niño/a con TDAH es no solo importante, sino también compleja, ya que hay que trabajar muchos y diversos aspectos. Para ello, hay que realizar un correcto diagnóstico y desarrollo del niño/a que sufre este trastorno. Con el fin de corregir el mayor número de conductas inapropiadas antes de llegar a una etapa de su vida en la que pueda ocasionarle mayores problemas.

Para poder avanzar en la mejora del TDAH, es necesario promover la información y formación de los docentes, para que estos puedan trabajar con el/la alumno/a y sus familias, y por supuesto, la creación de programas, ya que no existen muchos enfocados a este trastorno. Lo que conllevó a que elaborase un programa propio, basándome en el protocolo de PSICOHAEM - VAR. Es necesario resaltar que para lograr un tratamiento efectivo la participación de la familia es imprescindible.

7. Bibliografía

- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arias, L.M. (2013). Textos cortos para trabajar la comprensión lectora en primaria [Entrada en un blog]. Jugando y aprendiendo. Recuperado de <https://luisamariaarias.wordpress.com/2013/04/20/textos-cortos-para-trabajar-la-comprension-lectora-en-primaria/>
- Artigas-Pallarés. J. (2011). Trastorno de déficit de atención/hiperactividad. En J. Artigas-Pallarés y J. Narbona (Ed.), *Trastornos del Neurodesarrollo*. Barcelona, España: Viguera Editores.
- Bellver, R. (s.f.). 17 técnicas y juegos de relajación para niños. Recuperado el día 4 de noviembre del 2016, en <http://www.lifeder.com/tecnicas-relajacion-para-ninos/>
- Berenguer, C., Miranda, A., Pastor, G., y Roselló, R. (2015). Comorbilidad del trastorno del espectro autista y el déficit de atención con hiperactividad. Estudio de revisión. *Revista Neurología 2015*, 60 (Supl 1), S37-S43.
- Cardo, E. y Servera, M. (2008). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. *Revista Neurología 2008*, 46(6), 365-372.
- CEIP Loreto (s.f.) Comprensión lectora. Mis lecturas de 3º y 4º. Recuperado el día 4 de noviembre del 2016, en: http://www.ceiploreto.es/sugerencias/Comprension_lectora/mis_lecturas_ciclo2.pdf
- Díaz, J. (2006). Comorbilidad en el TDAH. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente 200*, 6 (1), 44-55.

- Dibujos.net (s.f.). Dibujos de mandalas para colorear. Recuperado el día 26 de octubre del 2016, en: <http://mandalas.dibujos.net>
- Echegoyen, J. (s.f.). Diccionario de psicología científica y filosófica. Programas de refuerzo. Recuperado el día 4 de noviembre del 2016, en: <http://www.e-torredebabel.com/Psicologia/Vocabulario/Programas-Refuerzo.htm>
- Guerrero, R. (2016). *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Entre la patología y la normalidad*. Barcelona: Editorial Planeta.
- Isorna, F. M. (2013). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Recuperado el 8 de julio del 2016 en: http://www.anias.es/Archivos/Descargas/Descargas-Tdah_manuel_isorna_t4-103.pdf
- Imágenes Educativas (2014). Posturas yoga para niños. Recuperado el día 4 de noviembre del 2016, en: <http://www.imageneseducativas.com/posturas-de-yoga-para-niños/posturas-yoga-para-niños/>
- Instituto Nacional de Tecnologías Educativas y de Formación del Profesorado (s.f). Ministerio de Educación, Cultura y Deporte del Gobierno de España. Respuesta educativa para el alumno con TDAH. Recuperado el día 8 de julio del 2016 en: http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/186/cd/m1/evolucin_histrica_del_concepto_tdah.html
- López-Campo, G.X., Gómez-Betancur, L.A., Aguirre-Acevedo, D.C., Puerta, I.C., y Pineda, D.A. (2005). Componentes de las pruebas de atención y función ejecutiva en niños con trastornos por déficit de atención/hiperactividad. *Revista Neurología* 2005, 40 (6), 331-339.
- López, C., Belchí, A.I., y Romero, A. (2013). Prevalencia/comorbilidad del TDAH. En C. López y A. Romero. (Ed.), *TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia* (pp.35-71). Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- López, C., Alcántara, M., Romero, A. y Belchí, A. I. (2013). Etiología. En C. López y A. Romero. (Ed.), *TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia* (pp.73-98). Madrid, España: Ediciones Pirámide.

- López, C., Alcántara, M., Belchí, A.I., y Romero, A. (2013). Estado actual del tratamiento del TDAH y otros trastornos del comportamiento. En C. López y A. Romero. (Ed.), *TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia* (pp.171-211). Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- López, C., Alcántara, M., Castro, M., Belchí, A. I., y Romero, A. (2013). Evaluación psicológica. En C. López y A. Romero (Ed.), *TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia* (pp.133-170). Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- López, C., Alcántara, M., Castro, M., Romero, A., y Guillermo, M. (2013). Programa de intervención con menores (bloque VAR). En C. López y A. Romero (Ed.), *TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia* (pp.251-280). Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- López, C., Romero, A., Castro, M., y Alcántara, M. (2013). Programa de intervención con padres (bloque PSICOHAEM). En C. López y A. Romero (Ed.), *TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia* (pp.215-252). Madrid, España; Ediciones Pirámide.
- Martínez - León, N.C. (2006). Psicopatología del trastorno por déficit atencional e hiperactividad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 379-399.
- Mulas, F., Téllez de Meneses, M., Hernández-Muela, S., Mattos, L., y Pitarch, I. (2004). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y epilepsia. *Revista Neurología* 2004, 39(2), 192-195.
- Navarro, F. (2016). 126 dinámicas de educación emocional [Mensaje en un blog]. Botica del Orientador. Recuperado de <http://orientafer.blogspot.com.es/2011/09/126-dinamicas-de-educacion-emocional.html>

- Organización Mundial de la Salud (1992). Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales (CIE-10). Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [World Health Organization (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines].
- Ortiz, T. (s.f.). El TDAH a través de la historia. Recuperado el día 29 de junio del 2016 en <http://www.desarrolloinfantil.net/desarrollo-psicologico/el-origen-del-tdah-y-sus-posibles-explicaciones-medicas>
- Peña, J.A., y Montiel, C. (2003). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: ¿mito o realidad? *Revista Neurología* 2003, 36(2), 173-179.
- Poeta, I.S., y Rosa-Neto, E. (2007). Evaluación motora en escolares con indicadores del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista Neurología* 2007, 44(3), 146-149.
- Presentación, M. J., García, R., Miranda, A., Siegenthaler, R., y Jara, P. (2006). Impacto familiar de los niños en con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados. *Revista Neurología* 2006, 42(3), 137-143.
- Servera, M., Bornas, X., y Moreno, I. (2006). Hiperactividad infantil: conceptualización, evaluación y tratamiento. En V. E. Caballo y M.A. Simón (Ed.), *Manual de Psicología Clínica y del Adolescentes. Trastornos generales*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Sierra, I. (2015). *Mejorar la atención y la impulsividad en alumnado con tdah*. (Trabajo de fin de grado). Universidad de Valladolid, Valladolid.
- Vaquerizo-Madrid, J., Estévez-Díaz, F., y Pozo-García, A. (2005). El lenguaje en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: competencias narrativas. *Revista Neurología* 200, 41 (Supl 1), S83-S89.
- Ygual-Fernández, A., Miranda-Casas, A., y Cervera-Mérida, J.F. (2000). Dificultades en las dimensiones de forma y contenido del lenguaje en los niños con trastorno

de déficit de atención con hiperactividad. *Revista Neurología Clínica* 2000, 1, 193-202.

- **ANEXOS**

- **Anexo 1: ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN**

- **“Creamos las normas del aula” (Día 8 de septiembre).**

Esta actividad es la primera que se va a llevar a cabo en nuestro programa. Y como su propio nombre indica, consistirá en la creación de unas normas, reglas y límites entre todos los alumnos del aula.

En un primer momento, todos los alumnos deberán ir formulando normas, aquellas que ellos crean más adecuadas para el aula. Y entre el/la docente y los alumnos deben decidir si está correctamente formulada, o es necesario realizar algún tipo de modificación. En un primer momento, las normas se apuntarán en la pizarra, y posteriormente, un alumno se encargará de reescribirlas en un mural, que se colocará en un lugar visible del aula.

- **“Reunión con los padres” (Día 12 de septiembre).**

En esta sesión tiene como objetivo informar a los padres del programa que se va a llevar a cabo en el aula. Al ser un programa para todo el grupo, con el fin de que el/la alumno/a no se sienta diferente, la reunión se programará para los padres y madres de todo el grupo. Se les expondrá todas las estrategias y actividades que se van a realizar en el centro, con el fin de que ellos puedan reforzarlas en el ámbito familiar.

- **“El TDAH”**

A lo largo de este programa se van a dedicar una sesión mensual de hora y media, para realizar charlas informativas dirigidas a madres y padres, de la mano de un/a psicólogo/a, quién explicará a todos los presentes todos aquellos aspectos más importantes acerca de este trastorno, y distintos ejemplos de actividades y de pautas de actuación que pueden utilizar las familias en el hogar (juegos para trabajar las funciones ejecutivas, actividades para trabajar las emociones y la relajación, estrategias como la

economía de fichas, etc.) A su vez, los/as asistentes podrán realizar todas aquellas preguntas que les susciten curiosidad.

➤ **“Comprensión lectora” (13 sesiones)**

Estas sesiones se van a realizar todos los lunes (de 16:15-17:00 horas), dentro de la asignatura de Lengua Castellana y Literatura, con el objetivo de trabajar la comprensión lectora.

Estas trece sesiones, se dividirán en tres partes: en la primera parte, los/as alumnos/as leerán el cuento o lectura en conjunto, es decir, entre todos y será el/la docente quien diga quien tiene que leer en cada momento, y posteriormente, el/la docente lo leerá en voz alta. Es necesario resaltar que si el/la docente lo considera necesario podría proponer la lectura individual del cuento. En cuanto a la segunda parte de la sesión, los/as alumnos realizarán las preguntas de la lectura o cuento de ese día. La última parte de la sesión se dedicará a corregir y debatir las preguntas, y a resolver dudas, en caso de que surgiera alguna.

Las lecturas de estas sesiones se han obtenido de dos páginas distintas; las primeras siete sesiones, se han obtenido de Arias (2013), y a partir de la octava sesión de CEIP Loreto (s.f.).

○ Sesión 1; Fábula “El pastor mentiroso”

Sesión 1: FÁBULA “EL PASTOR MENTIROSO”

Había una vez un pastor muy bromista y mentiroso. Todos los días, cuando regresaba a su casa, después de haber llevado a pastar a su rebaño, entraba corriendo en el pueblo gritando:

- ¡Viene el lobo! ¡Viene el lobo!

Al oír los gritos, todos los habitantes se metían en sus casas muertos de miedo. Y allí encerrados se quedaban hasta que oían de nuevo al pastor:

- ¡Ja, ja, ja! ¡No es verdad! ¡Sólo era una broma! ¡Tontos!

Y todos los días los habitantes del pueblo miraban malhumorados al pastor que siempre se alejaba riéndose. Todos los días... Hasta que... ¿Sabes qué pasó?

Un día, como tantos otros, el pastor volvió corriendo al pueblo. Gritaba tanto o más que en otras ocasiones:

- ¡Viene el lobo! ¡Viene el lobo!

Pero esta vez corría más deprisa de lo normal y gritaba también más fuerte de lo normal... Sin embargo, los vecinos del pueblo no le hicieron ni caso, hartos ya de que el pastor les hubiera engañado tantas veces... Y ¿Sabes cómo terminó todo? ¡Claro! Esta vez sí que fue verdad que venía el lobo. Y como nadie del pueblo le hizo caso, el pastor se quedó sin ovejas, pues el lobo se las comió todas.

- ¿Qué hace el pastor todos los días después de llevar a pastar su rebaño?

- ¿Cómo reaccionan los habitantes del pueblo al oír sus gritos?

- ¿Por qué el pastor siempre se aleja riéndose?

- ¿Por qué un día los habitantes del pueblo no le hicieron ni caso?

- ¿Qué expresiones del texto indican que aquel día era distinto de los demás?

- Al final, ¿qué ocurrió con las ovejas?

- Escribe si es verdadero o falso:

- El pastor era bromista y mentiroso.
- Los habitantes, al oír los gritos, salían de sus casas.
- El pastor siempre se alejaba triste.
- El pastor se quedó sin ovejas, pues el lobo se las comió todas.

○ Sesión 2; “Los gestos del amor”

Sesión 2: “LOS GESTOS DE AMOR”

Erase una vez un león y un ratón que vivían en el mismo bosque. Un día, el ratón fue a beber agua al río, se cayó en él y la corriente lo arrastró. El ratón pidió ayuda porque no sabía nadar. El león, al escucharlo, se metió en el río y lo sacó.

El ratón, muy feliz, le dijo al león:

- Muchas gracias por salvarme la vida. Desde ahora seré tu amigo y te ayudaré siempre que lo necesites.

- ¿Cómo me vas a ayudar tú, con lo pequeño que eres?-dijo el león, riendo.

Pasó el tiempo, y, un buen día, el león cayó en una trampa de cazadores. Con todas sus fuerzas, intentó escapar de la red que lo tenía atrapado, pero no lo consiguió.

Entonces, apareció el ratón y, con sus afilados denticillos, cortó las cuerdas de la red. De esta manera, el león pudo escapar y, agradecido, le dijo:

- Amigo ratón, perdóname por haberme reído.

Esa noche, el ratón durmió acurrucado junto al león. Ambos comprendieron que los gestos de amor que habían tenido el uno con el otro les había unido para siempre.

• **Comprensión escrita.-**

- ¿Qué personajes aparecen en la lectura?

- ¿A dónde fue el ratón a beber agua?

- ¿Qué le pasó?

- ¿Qué hizo el ratón al no saber nadar?

- ¿Quién fue a ayudarlo?

- ¿Qué le dijo el ratón al león?

- ¿Qué le sucedió después al león?

- ¿Cómo le ayudó el ratón a escapar de la trampa?

- Por qué pidió el león perdón al ratón?

○ **Sesión 3; “ María aprende a cuidar la naturaleza”**

Sesión 3: “MARÍA APRENDE A CUIDAR LA NATURALEZA”

María era muy poco respetuosa con la naturaleza. Cuando jugaba en el parque, tiraba papeles y envoltorios al suelo, no tenía cuidado con las plantas, etc.

Un fin de semana, María fue a la montaña con un grupo de acampada. Por la mañana al salir de sus tiendas, se llevaron una triste sorpresa.

En los alrededores del campamento había basura abandonada, plásticos, latas, papeles...

Su monitora les propuso recoger la basura clasificándola para poder echar cada bolsa en el contenedor de reciclaje correspondiente. Así el bosque quedaría limpio y la basura serviría para fabricar cosas nuevas.

María aceptó colaborar con sus compañeros, pero no muy convencida. Pero cuando terminaron de limpiar el bosque, todos juntos dieron un paseo con la monitora y se sintieron orgullosos por la tarea que habían realizado. María comprendió lo importante que es cuidar la naturaleza y colaborar en su conservación.

- ¿Quién era poco respetuosa con la naturaleza?
Carmen
María.
Vanesa
- ¿Qué hacía cuando jugaba en el parque?
Tiraba papeles al suelo, no tenía cuidado con las plantas.
Se sentaba en un banco y no hacía nada.
Se aburría.
- ¿Dónde fue María un fin de semana?
A la playa.
A la ciudad.
A la montaña.
- ¿Qué sorpresa se llevaron por la mañana al salir de sus tiendas?
Llovía mucho.
Había basura abandonada, plásticos, latas, papeles...
Todo estaba limpio.
- ¿Qué les propuso su monitora?
Jugar al escondite.
Ir a coger leña.
Recoger la basura clasificándola.
- ¿Para qué serviría la basura que recogieran?
Para nada.
No se sabe.
Para reciclar y hacer cosas nuevas.
- ¿Qué comprendió María?
Que habían perdido el tiempo.
Lo importante que es cuidar la naturaleza y colaborar en su conservación.
No se sabe.

○ **Sesión 4; Receta de bizcocho con yogur.**

Sesión 4: RECETA DE BIZCOCHO CON YOGUR

Ingredientes: 2 huevos, 1 yogur de limón, harina, azúcar, aceite, un sobre de levadura en polvo, y mantequilla.

Cómo hacerlo:

Pon en un bol la clara y la yema de los huevos y un yogur de limón y bátelo.

Llena el envase del yogur vacío 3 veces con harina y 2 veces con azúcar y añádelos al bol.

¡Es el momento del aceite! Pon la cantidad que quepa en medio envase de yogur y viértelo en los demás ingredientes.

A continuación, añade la levadura que hay en el sobre.

¡Ya tienes todos los ingredientes preparados! Pídele a un adulto que utilice la batidora para mezclarlos bien.

Vierte el contenido en una bandeja, que previamente habrás untado con mantequilla y ponlo, con la ayuda de un adulto, al horno durante unos 20 minutos... ¡y ya está! ¿Te digo un truco? Para saber si ya está hecho, puncha el pastel por el centro y, si el instrumento que has utilizado está limpio, quiere decir que... ¡ya está a punto!

Ahora solo falta... ¡que te lo comas!

- ¿Qué tipo de texto es éste?
 - Un texto de teatro.
 - Un texto de instrucciones.
 - Una noticia de periódico.
- ¿Para qué crees que sirven los números que aparecen en CÓMO HACERLO?
 - Para que el texto quede mejor presentado.
 - Para indicarnos el orden que hay que seguir al realizarlo.
 - No sirven para nada.
- Ordena con números los pasos para la realización de esta receta:
 - Hornear durante 20 minutos.
 - Mezclar los ingredientes con una batidora.
 - Verter la mezcla en una bandeja untada con mantequilla.
 - Echar todos los ingredientes en un bol.
- ¿Has ayudado a tu padre o a tu madre alguna vez a cocinar?

- ¿Qué plato preparasteis?

- ¿Crees que tener la receta escrita de la comida que quieres realizar te ayuda? _____ ¿Porqué?

○ Sesión 5; “El gato salvaje”

Sesión 5: “EL GATO SALVAJE”

Es parecido al gato doméstico, pero no es idéntico. Tiene el pelaje de un color grisáceo con rayas muy difusas. Posee una cola recia y cilíndrica, terminada en una especie de bola negra.

Hay gatos salvajes en Asia, África y Europa.

En nuestro continente vive en los bosques o en lugares con muchos matorrales, rocas y boscaje.

Son animales muy ariscos que huyen de las personas.

Caza siempre en el suelo. Para cazar pequeños roedores, se desplaza lentamente hasta que se halla cerca de la presa y salta sobre ella.

PREGUNTAS DE COMPRENSIÓN

- El gato salvaje es:
 - Igual al gato doméstico
 - Parecido al gato doméstico, pero no es idéntico
 - Es diferente al gato doméstico
- El gato salvaje tiene el pelaje:
 - De color marrón claro
 - De color gris
 - Como los gatos domésticos
- Al gato salvaje le gusta:
 - Esconderse entre las roca
 - Estar entre rocas y matorrales
 - Vivir en los campos de cultivo
- El gato salvaje es un gato:
 - Casero
 - Al que le gusta la compañía
 - Que, cuando ve una persona, suele esconderse
- Busca en el diccionario, y explica el significado de la palabra *arisco*.

.....

.....

- Los gatos salvajes viven en:
 - América
 - África
 - Todo el mundo
- El gato salvaje siempre caza:
 - En el agua
 - En los nidos de los árboles
 - En el suelo
- Para cazar pequeños roedores:
 - Se desplaza con rapidez
 - No le gusta cazar
 - Se desplaza lentamente
- ¿Podría ser tu mascota un gato salvaje? Razona tu respuesta.

.....

.....

.....

○ Sesión 6; “El gato y la niña”

Sesión 6: “EL CABALLO Y LA NIÑA”

Erase una vez una niña que tenía un caballo. Ella lo cuidaba muy bien, pero el caballo se escapó y como lo quería mucho se puso muy triste.

Días después la niña se fue a buscar su caballo.

Pasaron muchos días y no lo encontraba. Los padres estaban muy preocupados porque su hija no aparecía. La niña vio un libro y lo leyó, y vio a su caballo donde le dijo el libro. El libro le decía que el caballo se había escapado porque quería ver más caballos.

Desde entonces llevan al animal al campo a veces para que vea más caballos y así poder tener más amigos y amigas.

- La niña quería mucho a su...
 - Gato
 - Perro
 - Caballo
- El caballo se escapó porque quería...
 - Oler las flores
 - Ver a otros caballos amigos
 - Que lo cuidasen bien
- La niña desapareció...
 - Una semana
 - Muchos días
 - Un día
- La niña fue a buscar al caballo...
 - A los cinco minutos
 - A los pocos días
- El caballo necesitaba tener...
 - Una silla para que lo montaran
 - Unas herraduras nuevas
 - Amigos y amigas caballos
- Cuando la niña encontró al caballo, estaba...
 - Durmiendo la siesta
 - Con otros caballos
 - Bañándose en el río
- La niña desde entonces lleva a su caballo...
 - A ver un partido
 - Al campo
 - Al parque
- ¿Crees que los caballos tienen sentimientos? ¿Por qué?

.....

○ Sesión 7; “ El gusano de luz”

Sesión 7: “EL GUSANO DE LUZ”

Hace mucho tiempo vivía un gusano que estaba enamorado de la Luna.

Cada noche, cuando la Luna bordaba con hilos de plata en el cielo y dibujaba estrellas, el gusano salía de su agujero y se pasaba largas horas contemplándola.

— ¡Qué lejos está la Luna! —decía el gusano suspirando—. Nunca le podré contar mis secretos.

Pero he aquí que una noche la Luna perdió un pendiente y bajó a la Tierra a buscarlo.

El gusano la vio y habló con ella:

— ¿Qué os pasa, señora?

— He perdido el pendiente —contestó a Luna.

Entonces, el gusano cogió una flor y se la dio a la Luna. La Luna, agradecida, cogió un poco de su luz y la dejó encima del gusano. A partir de aquella noche, el gusano brilla en la oscuridad. La Luna lo mira desde el balcón del cielo y sonríe mientras se toca el pendiente de flor que le regaló el gusano.

PREGUNTAS DE COMPRENSIÓN

- ¿En qué momento del día sucede la acción del cuento?
 - Por la mañana
 - Por la noche
 - Por la tarde.
- ¿Qué había perdido la Luna?
.....
.....
- ¿Qué le dio el gusano de luz?
.....
.....
- ¿Qué le regaló como agradecimiento la Luna?
.....
.....
- ¿Has visto alguna vez un gusano de luz?
.....
.....
- Al gusano de luz también se le llama luciérnaga. Ya sabes que da luz en la oscuridad. Dí el nombre de otras cosas que puedan dar luz.
.....
.....
- ¿Qué secretos crees que quería contar el gusano a la Luna?
.....
.....
.....

○ Sesión 8; “El Trompo”

Sesión 8: “EL TROMPO”

Uno de los niños trajo un trompo y lo hizo bailar.

El trompo bailando dio una vuelta y se quedó fijo, como si estuviera dormido.

Nos tumbamos en el suelo para ver mejor lo quieto que estaba y acercábamos la oreja para oír su fino zumbido. Nos acercamos tanto que lo movimos, y el trompo, como un loco, saltó arañándonos a todos la cara. Nos fuimos a curar con desinfectante rojo. Algunos niños quedaron pintados como payasos. ¿Qué os ha pasado?, nos dijeron cuando salimos. ¡Nada de particular! que el trompo se ha vuelto loco.

- ¿Qué trajo uno de los niños?

.....

- ¿Cómo se quedó el trompo que estaba bailando?

.....

- ¿Qué hicieron los niños para observar su movimiento?

.....

- ¿Qué les ocurrió a los niños?

.....

- El trompo también es llamado de otras formas. En esta relación hay un nombre que es falso. Rodea el falso.

Pico peón cordel peonza

- ¿Con qué se curaron los niños?

.....

- ¿Por qué crees que el trompo se volvió loco?

.....

- Los niños llegaron a su casa con las ropas llenas de tierra. ¿Por qué?

.....

- Inventa otro título para la lectura.

.....

.....

○ Sesión 9; “Cancioncilla Sevillana”

Sesión 9: CACIONCILLA SEVILLANA

Amanecía
 en el naranjel.
 Abejitas de oro
 buscaban la miel.
 ¿Dónde estará
 la miel?
 Está en la flor azul,
 Isabel.
 En la flor,
 del romero aquel.
 (Sillita de oro
 para el moro.
 Silla de oropel
 para su mujer).
 Amanecía en el naranjel.

Federico Garcia Lorca

PREGUNTAS DE COMPRENSIÓN:

- ¿El texto que acabas de leer es un poema? __ Sí __ No ¿Por qué lo sabes?

- ¿Qué tipo de miel harán estas abejas?
 o Azahar y romero
 o Brezo y romero
 o Castaño y romero
 o Azahar y eucalipto
- ¿A qué momento del día se hace referencia en este texto?
 o Por la noche
 o Al mediodía
 o Por la mañana temprano
 o Por la tarde
- Piensa y escribe cosas que nos aporte la naturaleza.

- ¿Has visto alguna vez amanecer en el campo? Cuenta cómo fue. (Si no has tenido esta experiencia en el campo imagínate como sería).

○ Sesión 10; “¿Cómo crecer?”

Sesión 10: ¿CÓMO CRECER?

Un rey fue hasta su jardín y descubrió que sus árboles, arbustos y flores se estaban muriendo.

El Roble le dijo que se moría porque no podía ser tan alto como el Pino. Volviéndose al Pino, lo halló caído porque no podía dar uvas como la Vid. Y la Vid se moría porque no podía florecer como la Rosa.

La Rosa lloraba porque no podía ser tan alta y sólida como el Roble. Entonces encontró una planta, una Fresa, floreciendo y más fresca que nunca.

El rey preguntó:

-¿Cómo es que creces saludable en medio de este jardín mustio y sombrío?

- No lo sé. Quizás sea porque siempre supuse que cuando me plantaste, querías fresas. Si hubieras querido un Roble o una Rosa, los habrías plantado.

En aquel momento me dije: “Intentaré ser Fresa de la mejor manera que pueda”.

Estás aquí para contribuir con tu fragancia. Simplemente mirate a ti mismo. No hay posibilidad de que seas otra persona. Puedes disfrutarlo y florecer regado con tu propio amor por ti, o puedes marchitarte en tu propia condena...

Jorge Bucay

- ¿Qué descubrió el Rey cuando fue a su jardín?
 - Sus plantas estaban creciendo
 - Su jardín estaba en llamas
 - Las plantas de su jardín se estaban muriendo
 - Que alguien había cortado las plantas
- ¿Por qué lloraba la Rosa?
 - Porque no podía crecer al ritmo de los demás
 - Porque no tenía amigos
 - Porque no podía ser tan alta y sólida como el Roble
 - Porque no podía ser tan alta y sólida como el cerezo
- ¿Cuáles de los personajes de la lectura son árboles?
 - La Rosa y el Pino
 - La Vid y la Fresa
 - El Roble y la Fresa
 - El Roble y el Pino
- ¿Qué condiciones se tienen que dar para que un jardín esté hermoso?
 - Cuidados y cariños por parte de todos los usuarios y cuidadores.
 - Dejarlos crecer a su aire.
 - Prohibiendo pasear a las personas por los jardines
 - Cortando las flores más bonitas para ponerlas en mi casa.
- ¿Por qué crees que quieren parecerse unos a otros?

- ¿Estás de acuerdo con la Fresa? ¿Por qué?

○ **Sesión 11; “El país donde se perdían las palabras”**

Sesión 11: “EL PAÍS DONDE SE PERDÍAN LAS PALABRAS”

EL PAÍS DONDE SE PERDÍAN LAS PALABRAS

Erase una vez un país remoto donde la gente perdía las palabras. Inesperadamente, los hombres y las mujeres de aquella tierra – jóvenes y viejos- habían empezado a perder las palabras.

Una detrás de otra, como quien pierde los cabellos.

Nadie sabía determinar las causas por las cuales aquella gente había empezado a ignorar los nombres de las cosas, y muchos no sabían de qué manera podían designar a los pájaros, a los árboles, a las montañas y a el mar.

Las palabras perdidas permanecían con frecuencia en el suelo, por las calles y las plazas. No era difícil ver aquel suceso. De pronto, una palabra surgía de un bolsillo, colgaba de un sombrero, caía del interior de un capazo... Se precipitaba al suelo y rodaba sobre el pavimento como si fuera una bola.

• **PREGUNTAS DE COMPRENSIÓN:**

- ¿Qué perdía la gente en el país remoto?

.....

- ¿Dónde se encontraban las palabras perdidas? Al final, a dónde iban a parar las palabras?

.....

- ¿Dónde podemos acudir para encontrar nuevas palabras?

.....

- En el texto la pérdida de las palabras se compara con la pérdida de.....

.....

- ¿Sabían los gobernantes del país por qué se perdían las palabras?

.....

- ¿Crees que se pueden perder las palabras? Justifica tú la respuesta.

.....

- Imaginate una conversación en el país donde se pierden las palabras.

.....

○ Sesión 12; “El asno de tres patas”

Sesión 12: EL ASNO DE TRES PATAS

Del asno de tres patas se dice que vive en mitad del mar y que tres es el número de sus patas y seis el de sus ojos y nueve el de sus bocas y dos el de sus orejas y uno, su cuerno.

El pelo es blanco. Dos de sus seis ojos están en el lugar en donde suelen estar los ojos, otros dos en la punta de la cabeza y otros dos en el cuello. Cuando mira algo con sus seis ojos lo rinde y lo destruye. De sus nueve bocas, tres están en la cabeza, tres en el cuello y tres en el lomo.

En el casco de cada pata, puesto en el suelo, se pueden meter más de mil ovejas. En cuanto a las orejas, son más grandes que toda una provincia.

El cuerno es de oro y hueco y le han crecido mil ramificaciones. Con ese cuerno, se podrá vencer todo lo que los malvados hagan mal.

(mitología)

- ¿De qué animal habla la lectura?

.....

- ¿Dónde vive?

.....

- ¿Dónde están las bocas?

.....

- ¿De qué es su cuerno?

.....

- ¿Qué pasaría si este burro mirara con sus seis ojos un camión?

.....

- La lectura no nos dice cuántos cascos tiene el asno ¿Tú lo sabes?

.....

.....

- ¿Con qué parte de este burro se puede luchar contra las cosas malas?

.....

.....

- Haz un dibujo del asno de tres patas.

○ Sesión 13; “Los Yinn”

Sesión 13: LOS YINN

Los Yinn son animales que viven en el aire. Su cuerpo es transparente y son capaces de tomar muchas formas. Al principio aparecen como nubes; luego, según su voluntad, toman la figura de un hombre, un lobo, de un león o de una culebra. Pueden atravesar un muro o volar por los aires o hacerse invisibles. A menudo llegan al cielo y sorprenden las conversaciones de los ángeles sobre lo que va a pasar; luego se lo cuentan a los magos y adivinos para que puedan adivinar el futuro. Ciertos sabios dicen que ellos construyeron las Pirámides de Egipto y el Templo de Jerusalén. Desde las terrazas o los balcones les gusta tirar piedras a las gentes. También les gusta vivir en las ruinas, en las casas deshabitadas, los pozos, los ríos o los desiertos. Los egipcios afirman que cuando se enfadan lanzan tormentas de arena y piensan que las estrellas fugaces que podemos ver por las noches de verano en el cielo son dardos que lanzan los Yinn contra sus enemigos cuando se enfadan.

• PREGUNTAS DE COMPRENSIÓN:

- ¿Qué son los Yinn? Rodea la respuesta correcta:

○Masas de aire

○Nubes blancas

○Ángeles del cielo

○Animales que viven en el aire.

- ¿Para qué van al cielo los Yinn?

.....

- Qué afirman los egipcios sobre por qué se producen las tormentas de arena y las estrellas fugaces?

.....

- ¿Quiénes se benefician de los secretos de los Yinn?

.....

- ¿Piensas que los Yinn tenían un comportamiento correcto? Razona tu respuesta

.....

- Si tú fueras un Yinn, ¿para qué utilizarías tus extraordinarias cualidades?

.....

➤ **“Relajación” (13 sesiones).**

Las sesiones de relajación se realizarán los martes tras finalizar la clase de educación física (16:15-17:00), por lo que tendrán una duración de 10 minutos. El objetivo de estas sesiones es trabajar las emociones de una manera lúdica.

▪ **Sesión 1: “Mindfulness”.**

Los/as alumnos/as escucharán durante tres minutos música relajante (<https://www.youtube.com/watch?v=HklyqPhYwG8>). A continuación, comenzarán a trabajar la técnica de mindfulness, gracias a este video, <https://www.youtube.com/watch?v=9CNSZcfOWio>.

▪ **Sesión 2:”Yoga”.**

En esta sesión los/as niños/as aprenderán diferentes posturas de yoga, adaptadas a sus competencias. Antes de empezar con el aprendizaje, se colocarán colchonetas en el suelo del aula de educación física, y los/as alumnos deberán tumbarse en ellas. Posteriormente, los/as alumnos/as visualizarán y escucharán el siguiente video, <https://www.youtube.com/watch?v=ScVq6jf3Hp8>, en el que se muestran distintas posturas de yoga, y colocaremos en el aula una imagen con las diferentes posturas para que puedan ser recordadas (Imágenes Educativas, 2014).



Posteriormente, los/as alumnos/as escucharán durante cuatro minutos música relajante (<https://www.youtube.com/watch?v=HklyqPhYwG8>).

▪ **Sesión 3: “Tensión VS. Relajación”.**

En esta actividad se colocarán colchonetas en el suelo del aula de educación física, y los/as alumnos deberán sentarse en ellas, y con la luz apaga y los ojos cerrados, deberán seguir las distintas instrucciones del siguiente video, <https://www.youtube.com/watch?v=g80fUk7DrSI>.

▪ **Sesión 4:”Me tranquilizo”.**

Esta sesión la dividiremos en dos partes; en una primer parte trabajaremos la canción “Me tranquilizo” (<https://www.youtube.com/watch?v=aixHCo0HIP4>, anexo 4). En un primer momento, se escuchará la canción y se trabajará la letra, y posteriormente, todos los/as alumnos/as cantarán la canción. El objetivo de esta primera parte, es que los alumnos puedan seguir las instrucciones que aparecen en la canción, cuando se sientan ellos/as se sientan enfadados.

ME TRANQUILIZO

Respiro muy deprisa cuando me enfado
si me tranquilizo respiro más despacio.
Hablo muy eprisa cuando me enfado
si me tranquilizo hablo más despacio.

Y cuando me enfado...
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
yo me tranquilizo

Si vuelvo a enfadarme...
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
sé tranquilizarme.

Ando muy deprisa cuando me enfado
si me tranquilizo ando más despacio.
Me duele la cabeza cuando me enfado
si me tranquilizo se me va pasando.

Y cuando me enfado...
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
yo me tranquilizo

Si vuelvo a enfadarme...
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
sé tranquilizarme.

Pierdo los papeles cuando me enfado
si me tranquilizo los voy encontrando.
Salen mal las cosas cuando me enfado
si me tranquilizo mejora el resultado.

Y cuando me enfado...
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
yo me tranquilizo

Si vuelvo a enfadarme...
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
sé tranquilizarme.

Respiro muy deprisa cuando me enfado
si me tranquilizo respiro más despacio.

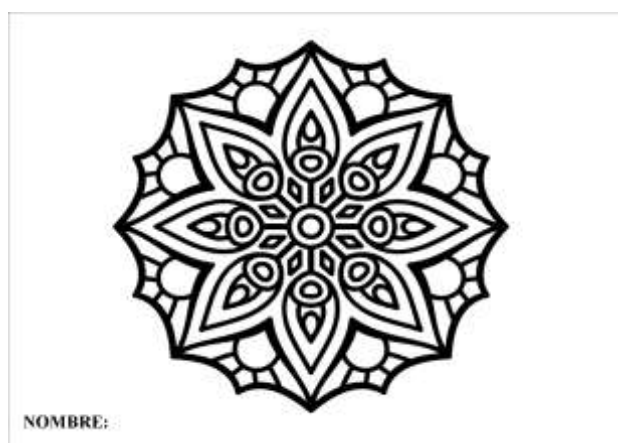


- **Sesión 5: “Dibujamos lo que imaginamos”.**

Para la realización de esta actividad cada alumno/a necesitará una hoja de papel y un lápiz. Los/as alumnos/as deberán tumbarse encima de las colchonetas del aula, y dibujar aquello que la música del siguiente video (durante 5 minutos), <https://www.youtube.com/watch?v=bJTlaQ6rjSc>, les transmite. Posteriormente, cada uno/a expondrá a sus compañeros lo que ha sentido con la música.

- **Sesión 6: “Mandalas”.**

En esta sesión, los/as alumnos/as del grupo tendrá que colorear la mandala que aparece a continuación (Dibujos.net, s.f.), con música relajante de fondo (<https://www.youtube.com/watch?v=y8g92K-lOgc>). Es necesario destacar que cada alumno pintará a un ritmo, por lo tanto si un/a niño/a acaba antes, deberá permanecer sentado con los ojos cerrados, con las manos encima de la mesa y la cabeza encima de estas.



- **Sesión 7; “El Pulpo Enojado”.**

Al comienzo de esta sesión, los/as alumnos/as repasaran las posturas de yoga trabajadas en la primera sesión, por lo que utilizarán las colchonetas del aula. Posteriormente, escucharán las instrucciones y el cuento del siguiente video, <https://www.youtube.com/watch?v=SikVHG5z830>.

- **Sesión 8: Estimulación.**

En esta sesión los/as alumnos se dividirán en cuatro parejas y en un grupo de tres. Un miembro de la pareja se tumbará en la colchoneta con los ojos cerrados, y el otro tendrá que realizarle masajes con distintos objetos por el cuerpo (plumas, pelota blanda o esponja, peine, etc.).

- **Sesión 9: “Juegos de relajación”**

“Sopla, sopla”, esta actividad sirve para trabajar la relajación a través de la respiración profunda. El/la niño/a tiene que imaginarse que está comiendo una sopa que está muy muy caliente, por lo que para no quemarse tienen que soplar. Trabajando así las inspiraciones profundas (Bellver, s.f).

“La primavera”, consiste en que los niños se imaginen que son un bloque de hielo, que conforme va llegando la primavera comienza a derretirse, y se convertirá en una flor muy bonita.

Los niños comenzarán a desplazarse por el aula, y cuando el/la docente diga “¡hielo!” tendrán que convertirse en un bloque y apretar fuerte sus manos, puños, piernas y brazos, como si estuvieran congelados.

Por el contrario, cuando diga “¡primavera!” los/as niños/as tendrán que relajarse y destensar todo su cuerpo. Al final, se tumbarán en el suelo y se convertirán en una bonita flor (Bellver, s.f).

- **Sesión 10: “Papiroflexia”.**

En esta sesión se utilizará la técnica de la papiroflexia. Para facilitar la realización de las diferentes figuras, a continuación se muestran los enlaces de los videos.

- Mariposa: https://www.youtube.com/watch?v=GX_Jk6VkiTw
- Pez: <https://www.youtube.com/watch?v=kWNp7cH6ail>
- Ave: <https://www.youtube.com/watch?v=108yIs2wy7w>
- Conejo: <https://www.youtube.com/watch?v=vEWaL7LiDbI>
- Ratón: <https://www.youtube.com/watch?v=NE1nJCG8wA0>

- **Sesión 11: “Super Mandala”.**

Esta actividad consiste en colorear entre todos los alumnos del aula una super mandala (Dibujos.net, s.f.), dibujada en papel continuo, con pintura de dedos, escuchando música relajante de fondo, <https://youtu.be/UsClhmlvqcg>



- **Sesión 12: “Super Mandala 2”.**

Continuaremos con coloreando la super mandala (Dibujos.net, s.f) de la sesión anterior, para posteriormente, colocarla en el aula a modo de decoración. Es necesario destacar que de fondo podrán escuchar música relajante, <https://youtu.be/Jk2kHvI0phE>.

- **Sesión 13: “Yoga 2 ”**

En esta sesión los/as niños/as repasaran diferentes posturas de yoga trabajadas a lo largo de este trimestre. Posteriormente, los/as alumnos/as visualizarán y escucharán de nuevo, el siguiente video, <https://www.youtube.com/watch?v=ScVq6jf3Hp8>, en el que se muestran distintas posturas de yoga. Después, los/as alumnos/as escucharán durante cuatro minutos música relajante (<https://www.youtube.com/watch?v=DIUQ5bXqJD8>).

➤ **“Filosofía para niños” (14 sesiones).**

En estas catorce sesiones, en un primer momento, se visualizará un corto sobre el valor que se haya asignado a ese día, y tras el visionado, cada alumno deberá escribir en un papel su opinión, para posteriormente realizar un pequeño debate comentando las opiniones de todos los alumnos. La programación de debates es una estrategia muy buena para trabajar con los/as niños/as el turno de palabra y evitar las interrupciones en las intervenciones de los participantes.

Estas sesiones tendrán una duración de 45 minutos, todos los miércoles de 16:15-17:00. A continuación, muestran los distintos enlaces de los cortos seleccionados para cada sesión.

- **Sesión 1, 14 de septiembre: “Amistad”**
<https://www.youtube.com/watch?v=OczEHXRU9WU>
- **Sesión 2, 21 de septiembre: “La paz”**
<https://www.youtube.com/watch?v=pwLVJPi5Riw>
- **Sesión 3, 28 de septiembre: “Acoso escolar o Bullying”**
<https://www.youtube.com/watch?v=Gvd5wbA9r9Q>
- **Sesión 4, 5 de octubre: “Diversidad”:**
<https://www.youtube.com/watch?v=FWaQBZC4cq8>
- **Sesión 5, 19 de octubre: “Violencia de Género”**
<https://www.youtube.com/watch?v=0Y1yf1R9K5s>
- **Sesión 6, 26 de octubre: “Xenofobia”**
https://www.youtube.com/watch?v=a_1ObpbOceA (cuento de la niña de chocolate).
- **Sesión 7, 2 de noviembre: Película “Cadena de Favores”.** En esta sesión se llevará a cabo el visionado de los primeros 45-50 minutos de la película “Cadena de Favores”.

- **Sesión 8, 9 de noviembre: Película “Cadena de Favores”.** En esta sesión se visionará los últimos minutos del film.
- **Sesión 9, 16 de noviembre: “Familia”** <https://www.youtube.com/watch?v=-45TbOGadro>
- **Sesión 10, 23 de noviembre: Compañerismo y generosidad”** <https://www.youtube.com/watch?v=QrG4xikTsPw>
- **Sesión 11, 28 de noviembre: “Tristeza animales abandonados”** <https://www.youtube.com/watch?v=ODpamWp4i5k>
- **Sesión 12, 7 de diciembre: “Trabajo en grupo”** <https://www.youtube.com/watch?v=kmF2kLwbC0k>
- **Sesión 13, 14 de diciembre: “Afrontamos los problemas”** https://www.youtube.com/watch?v=t1u_4T3_9XE
- **Sesión 14, 21 de diciembre “Motivación”** <https://www.youtube.com/watch?v=0oRXI7qQuy4>

➤ **“Las emociones” (14 sesiones)**


Estas sesiones se realizarán todos los jueves de 10:30 a 11:00 de la mañana, y se comenzará el día 8 de septiembre. El objetivo de estas sesiones es trabajar las emociones de una manera lúdica.

- **Sesión 1 – “El tarro de las emociones”:**

Cada alumno deberá escribir en un papel como se ha sentido a lo largo de la semana y su nombre. Posteriormente, se realizará una puesta en común con el fin de conocer los motivos de esas emociones. Cuando todos los/as alumnos/as hayan intervenido, introduciremos todos los papeles en el tarro de las emociones. En esta actividad no solo se trabajará las emociones sino también el respeto en el turno de palabra y evitar interrumpir a los/as compañeros/as cuando expongan sus motivos.

▪ **Sesión 2 – “Buscamos solución a las emociones”:**

Esta actividad consiste en presentar a los/as alumnos/as dos situaciones/cuentos distintas, una de enfado o ira, y otra de alegría. En un primer momento, se leerá la primera situación, y los/as niños/as deberán averiguar de qué emoción se trata y, posteriormente, exponer su opinión y la solución a esta. En segundo lugar, se realizará el mismo procedimiento con la otra situación.

<p style="text-align: center;">SITUACIÓN/ CUENTO 2</p> <p>Erase una vez una niña que se llamaba Leyre . Tenía 9 años y vivía en una ciudad junto al mar. Todos los días, al volver del colegio, daba una pequeña vuelta para acercarse a la playa y visitar a sus amigas favoritas, las gaviotas.</p> <p>Leyre se sentaba quietecita en la arena y observaba el incesante ir y venir de las aves, al son de las olas. Y cuando mayor era el número de gaviotas posadas en la arena, con sus patitas a remojo, la niña se levantaba extendiendo sus brazos y corría entre ellas, que emprendían el vuelo alborotadas, mientras gritaba: ¡Estoy volando! ¡Estoy volando!</p> 	<p style="text-align: center;">SITUACIÓN/ CUENTO 1</p> <p>• ¡Ya era hora de que aparecieras! Venga... rápido... ¡cumple mis deseos: quiero tener amigos!</p> <p>El hada, a la que no le gustaba nada que le hablaran de malos modos, exclamó con su voz de pito:</p> <p>• Un poco de amabilidad, señorita. Con esos modales nunca tendrás un amigo. A los amigos se les habla con cariño, se les pide las cosas por favor. ¡Me marchó! Ya veo que no me necesitas...</p> <p>Y el hada desapareció. Isabel gritó, gritó mucho y finalmente, muy bajito, pidió por favor, por favor, por favor, que el hada volviera. Y como lo había pedido por favor, el hada regresó.</p> 
---	---

▪ **Sesión 3 – “El Abanico”.**

En esta sesión se realizaría un abanico doblando el papel en dieciséis pliegues, para que cada alumno/a pueda escribir un aspecto positivo de cada uno de sus compañeros, además del nombre para saber de quién es cada abanico.

▪ **Sesión 4 – “El dado de las emociones”.**

Para la realización de esta actividad es necesario dividir a los alumnos en grupos para trabajar con seis emociones. Un miembro de cada grupo deberá lanzar el dado con el objetivo de conocer que emoción se le ha asignado. Posteriormente, cada grupo deberá crear un pequeño cuento o historia con su emoción. Por último, todos los grupos deberán leer a sus compañeros sus cuentos o historias.



- **Sesión 5 – Canción “Jugando a adivinar las emociones”.**

En esta sesión trabajaremos una canción de las emociones. En un primer lugar, los/as niños/as podrán escuchar y visualizar la canción, para ir familiarizándose con ella. Posteriormente, el/la docente facilitará a los alumnos un documento en el que aparecerá la letra de la canción, para poder leerla y trabajarla, con el objetivo de que los/as alumnos/as pueden memorizarla. A continuación, los/as alumnos/as cantarán la canción, sin música, para poder comprobar si la han memorizado o, en su defecto, repasar aquellos puntos de la canción en los que más dificultades surgen. Finalmente, los alumnos cantarán la canción con ayuda del/ de la docente, pero esta vez con música.

El enlace de la canción, es el siguiente:

https://www.youtube.com/watch?v=cvyxQq_BDzg



- **Sesión 6 - Película “Del revés”:**

En esta sesión se llevará a cabo el visionado de los primeros 25-30 minutos de la película de Disney- Pixar “Del revés” (La duración completa de la película es de 94 minutos).

- **Sesión 7 – Película “Del revés”:**

En esta sesión se llevará a cabo el visionado de los siguientes 25-30 minutos de la película de Disney- Pixar “Del revés”.

- **Sesión 8 - Película “Del revés”:**

Para finalizar, se terminarán de visualizar la película, y tras esta primera parte de la actividad, se realizará una pequeña asamblea para conocer las opiniones de los/as niños/as.

- **Sesión 9 - Juegos de las emociones.**

En esta sesión se realizará distintos juegos. El primer juego se llama “Qué se cambie de sitio...”. Todos los alumnos deben colocarse en círculo sentados en su silla, y una persona en el centro de este. La persona que se queda en el centro sin silla, debe decir: “Qué se cambien de sitio las personas a las que les gusten...”, y lo que el quiera. Por lo que cada persona que le guste lo que el compañero haya dicho, deberá cambiarse de sitio. Durante este cambio la persona que estaba en el centro intentará quitar el sitio a un compañero. La persona que quede de pie tendrá que decir lo mismo (Navarro, 2016).

Tras finalizar este primer juego, continuaremos con el juego “La Tormenta Circular” este consiste en simular los sonidos de una tormenta entre todo el grupo. Los/as alumnos/as se colocarán en círculo, y habrá una persona que dirija la tormenta. Este comienza a producir los sonidos del aire con un suave frotar de manos. Posteriormente, se realizarán las primeras gotas, las cuales se harán haciendo pitos con los dedos. Los sonidos deben ir apareciendo poco a poco. A continuación, los/as alumnos/as darán palmadas, se golpearán las manos en las piernas, y golpearán también con los pies, simulando que el temporal ha ido creciendo, llegando al punto más alto. Finalmente, los sonidos irán descendiendo de forma escalonada, hasta llegar a sentir la calma tras la lluvia (Navarro, 2016).

- **Sesión 10 - “Dar y recibir afecto”:**

Para esta actividad se necesita contar con una sala amplia con sillas, formando un círculo. Un/a alumno/a deberá salir del círculo y colocarse de espaldas al grupo. Las personas del grupo dirán a la persona que es el foco de atención, todos los sentimientos positivos que tienen hacia ella. Esto debe repetirse con todos los alumnos (Navarro, 2016).

- **Sesión 11 - “Somos actores”:**

En esta sesión, se dividirá a los alumnos en cinco grupos de tres personas, y se asignará a cada grupo una emoción, para ello se utilizará el dado de las emociones.

Cada grupo deberá elaborar una pequeña historia teniendo en cuenta la emoción asignada en una hoja de papel. Para dramatizar esta historia en la siguiente sesión.

- **Sesión 12 - “Somos actores 2”:**

A lo largo de esta sesión, se realizarán las dramatizaciones de todos los grupos, y posteriormente, se comentarán.

- **Sesión 13 – “Me venden”:**

Consiste en hacer un anuncio por palabras para intentar vender a otra persona. A cada alumno/a se le asignará un compañero/a al azar, del que tendrá que describir cualidades de él/ella. Una vez terminado, cada alumno leerá su papel y expresará como se siente (Navarro, 2016).

- **Sesión 14 - “Tarro de las emociones”:**

En esta sesión volveremos a realizar la misma actividad que en la primera sesión, con el objetivo de que todos los alumnos expongan como se sienten en ese momento, y como se han sentido a lo largo de todo el trimestre.

➤ **Funciones ejecutivas (14 sesiones)**

Uno de los problemas que presentan los alumnos con TDAH son las dificultades en las funciones ejecutivas. Estas sesiones se realizarán todos los viernes de 12.00-13:00 horas. Al ser un aspecto que pueden trabajarse con todos los/as alumnos/as del aula, se realizarán fichas en las que habrá un ejercicio de cada función ejecutiva, con el objetivo de que los/as niños/as trabajen juntos, sin que existan diferencias en las tareas que deben realizar. Para poder trabajar todas las funciones, se asignará una función ejecutiva por día/semana. Para la realización de estas actividades me he basado en el libro de Guerrero (2016). A continuación, se muestra la distribución de las funciones ejecutivas por sesión/día, y las fichas de las actividades.

FUNCIÓN EJECUTIVA	DÍA
Atención selectiva y focalizada	16 de septiembre del 2016
Atención sostenida y dividida	22 de septiembre del 2016
Atención alternante	30 de septiembre

Inhibición	6 de octubre del 2016
Memoria operativa	13 de octubre del 2016
Flexibilidad cognitiva	20 de octubre del 2016
Planificación	28 de octubre del 2016
Atención selectiva y focalizada	4 de noviembre del 2016
Atención sostenida	11 de noviembre del 2016
Atención dividida	18 de noviembre del 2016
Atención	25 de noviembre del 2016
Memoria operativa	2 de diciembre del 2016
Flexibilidad cognitiva	9 de diciembre del 2016
Funciones ejecutivas	16 de diciembre del 2016

○ ACTIVIDADES:

Sesión 1: ATENCIÓN SELECTIVA Y FOCALIZADA

1. Busca en la siguiente sopa de letras los nombres de los animales que aparecen en el cuadro de la derecha:



ABEJA
 ARAÑA
 CABALLO
 CALAMAR
 GATO
 LORO
 MEJILLON
 MOSQUITO
 OVEJA
 PERRO
 SERPIENTE
 TIBURON
 TORO
 TORTUGA
 VACA

kokolikoko.com

2. Encuentra las 4 diferencias entre estos dos dibujos:



Sesión 2: ATENCIÓN SOSTENIDA Y DIVIDIDA

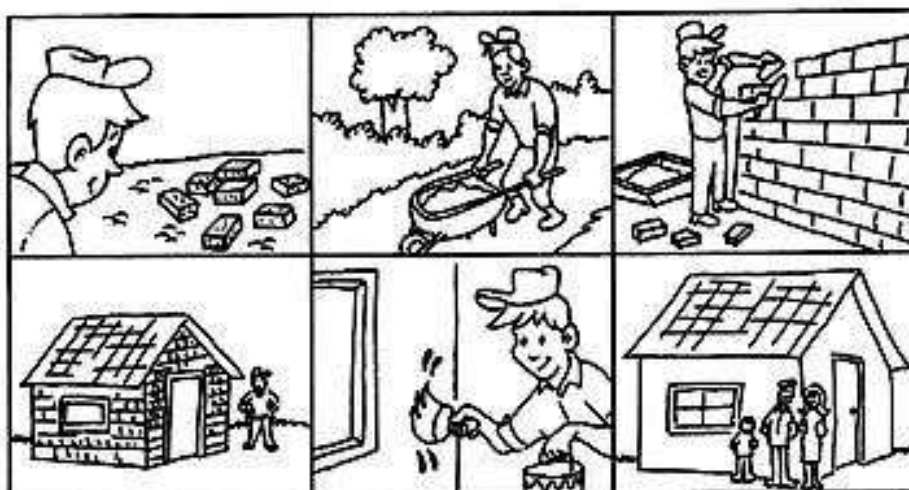
1. En la siguiente cuadrícula aparecen números del 1 al 100, pero hay algunos que se repiten. Rodea con color azul todos los números 44 que aparezcan.

1	22	50	68	99	44	32	8	15	25
98	78	48	44	52	65	18	20	35	68
97	44	87	96	23	21	54	84	75	95
55	66	32	15	54	84	35	65	78	95
65	74	85	62	64	48	44	62	44	64
22	55	33	64	15	23	51	45	74	51
44	66	31	81	47	72	64	90	56	94
93	54	74	18	7	6	4	44	9	44

2. Fíjate bien el siguiente recuadro, ¿Cuántas A hay de cada color?

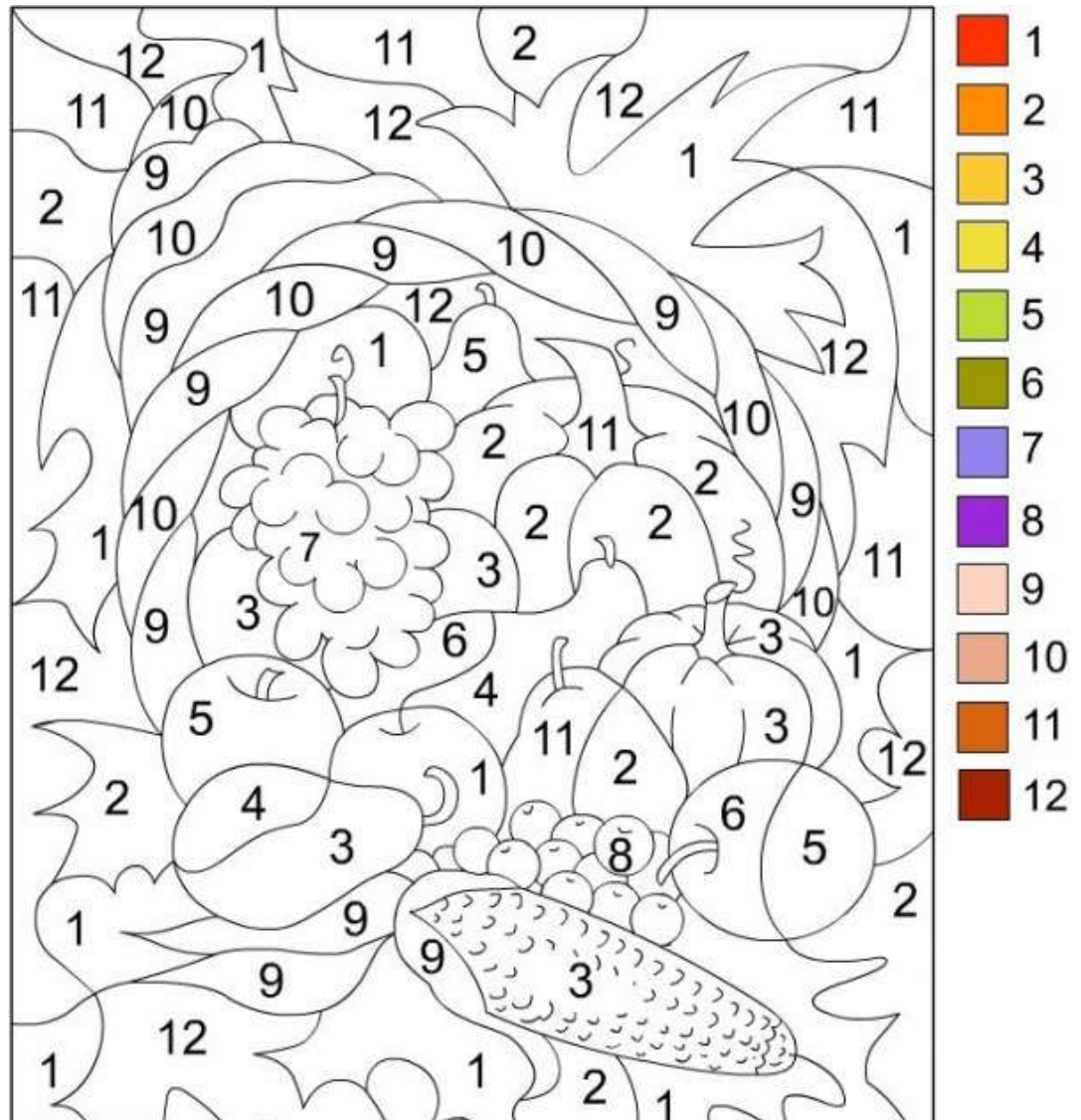
A	A	A	A	A	A	A	A
A	A	A	A	A	A	A	A
A	A	A	A	A	A	A	A
A	A	A	A	A	A	A	A
A	A	A	A	A	A	A	A
A	A	A	A	A	A	A	A
A:		A:		A:		A:	

3. Ordena la siguiente secuencia, los números del 1 al 6, y luego coloréalo.

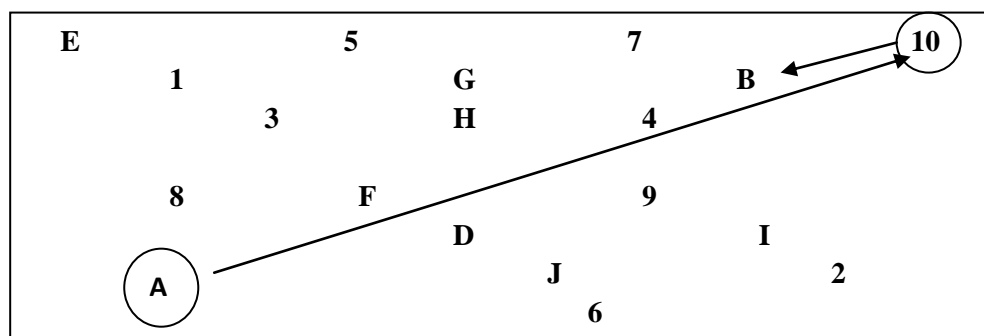


Sesión 3: ATENCIÓN ALTERNANTE

- Colorea el siguiente dibujo teniendo en cuenta que los números indican el color que se debe utilizar en cada parte.



- Debes unir una letra con un número, pero cuidado las letras van en orden ascendente y los números descendentes.



Sesión 4: INHIBICIÓN

1. Escribe debajo de cada letra, su opuesta. Es decir, cuando aparezca la A tendrás que escribir B, y al contrario.

A	B	B	A	B
B	A	A	B	B

2. En grupos de 3. Dos miembros del grupo tienen que elaborar una secuencia utilizando las palabras: Frío, Caliente, y Frío*. Cada vez que aparezca la palabra Frío tendrás que decir caliente, si sale caliente tendrás que decir frío, y si sale frío* también tendrás que decir caliente. Tus compañeros tendrán que comprobar que lo haces correctamente y anotar los fallos que cometes. Como aparece en este ejemplo:

CALIENTE	CALIENTE	FRÍO*	FRÍO
FRÍO*	CALIENTE	FRÍO	CALIENTE
FRÍO	FRÍO	FRÍO*	CALIENTE
FRÍO*	CALIENTE	CALIENTE	FRÍO*
CALIENTE	FRÍO*	CALIENTE	FRÍO

ALUMNO	Nº FALLOS

Sesión 5: MEMORIA OPERATIVA

1. A los números que aparecen a continuación debes seguir, añadiéndole 3 (anotas el número), y luego le tienes que restar 1 (y lo vuelves a anotar).

Ejemplo: $40 \rightarrow 43, 42, 45, 44, 47, 46, 49, 48 \dots$

- a. 12
 - b. 32
 - c. 200
 - d. 5000
2. Realiza las siguientes operaciones de forma mental, y anota el resultado:

- a. $5+2 \times 4$
- b. $10-5-2$
- c. $20+5-3$
- d. $2 \times 2 \times 2$
- e. $5 \times 2+2$
- f. $30+4-6$
- g. $100-2+3$

3. Resuelve estos dos acertijos:

a. Hay gatos en un cajón, cada gato en un rincón, cada gato ve tres gatos.
¿Sabes cuántos gatos son?

b. De siete patos metidos en un cajón, ¿cuántos picos y patas son?

Sesión 6: FLEXIBILIDAD COGNITIVA

JUEGO DE MADUCA

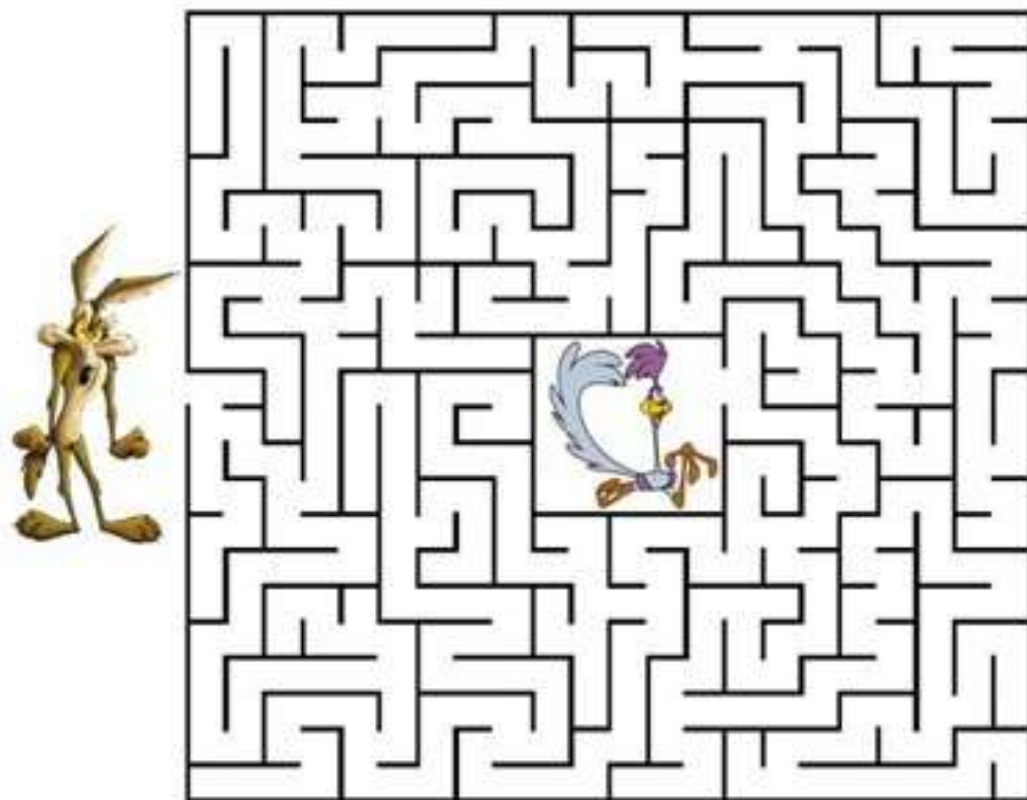
LETRA	NOMBRE	ANIMAL	COMIDA	CIUDAD/PAIS	PUNTOS
PUNTUACIÓN		Palabra repetida: 5 puntos		Palabra no repetida: 10 puntos	

Es necesario destacar que las actividades de la sesión 6 se realizarán de manera grupal e individual, ya que cada alumno anotará sus palabras en su hoja de trabajo, pero será el/la docente quién controlará el tiempo, por lo que todos deben realizarlo a la vez.

El juego consiste en facilitar una letra y posteriormente, los/as alumnos/as deben escribir aquellas palabras que empiezan por esa letra, teniendo en cuenta las columnas (nombre, animal, comida y país/cuidad/pueblo). Cada vez será un/a alumno/a diferente el que decida la letra al azar. El/la primer/a alumno/a que complete todas las casillas deberá decir “manduca”, y el resto de sus compañeros/as no podrá escribir nada más.

Sesión 7: PLANIFICACIÓN

1. Coyote ha perdido a su gran amigo Correcaminos. ¿Le ayudas a encontrar el camino?



2. Ayuda a Marta a ordenar las siguientes horas del día de la más madrugadora a la más cercana a la medianoche.

18:35	10:55	15:35
21:50	10:35	18:30
13:05	21:00	11:30
22:15	17:09	6:25
19:00	12:45	14:03










.....

.....

.....

Sesión 8: ATENCIÓN SELECTIVA Y FOCALIZADA

1. Realiza el siguiente sudoku con formas y colores.

2. ¡Ahora vamos a probar a hacerlo con números!

Del 5 al 8

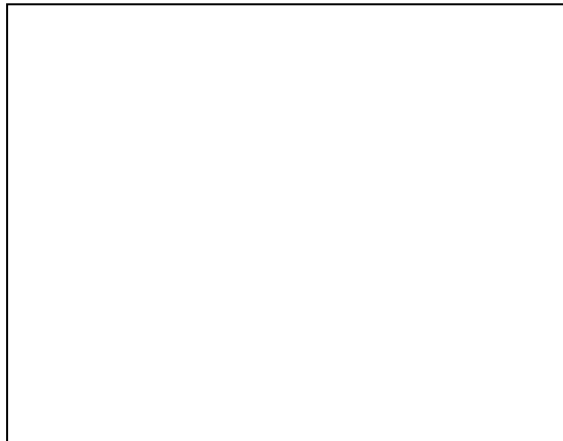
	6		7
6			5
8		5	
	5	6	

Del 1 al 5

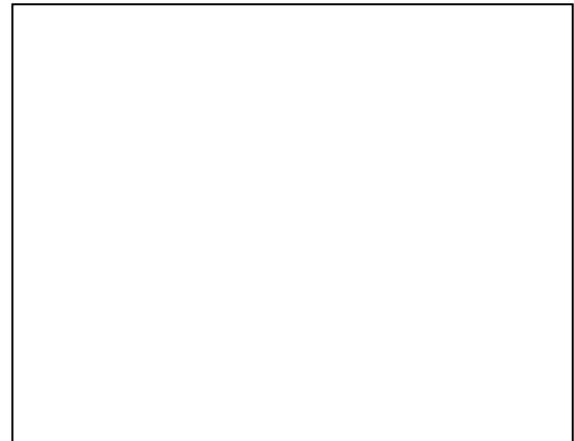
2	1	5		3
	4	2	3	
4	2		5	1
5	3	1		4
3		4	1	2

Sesión 10: ATENCIÓN DIVIDIDA.

1. Escribe con tu mano derecha y tu mano izquierda tu nombre.

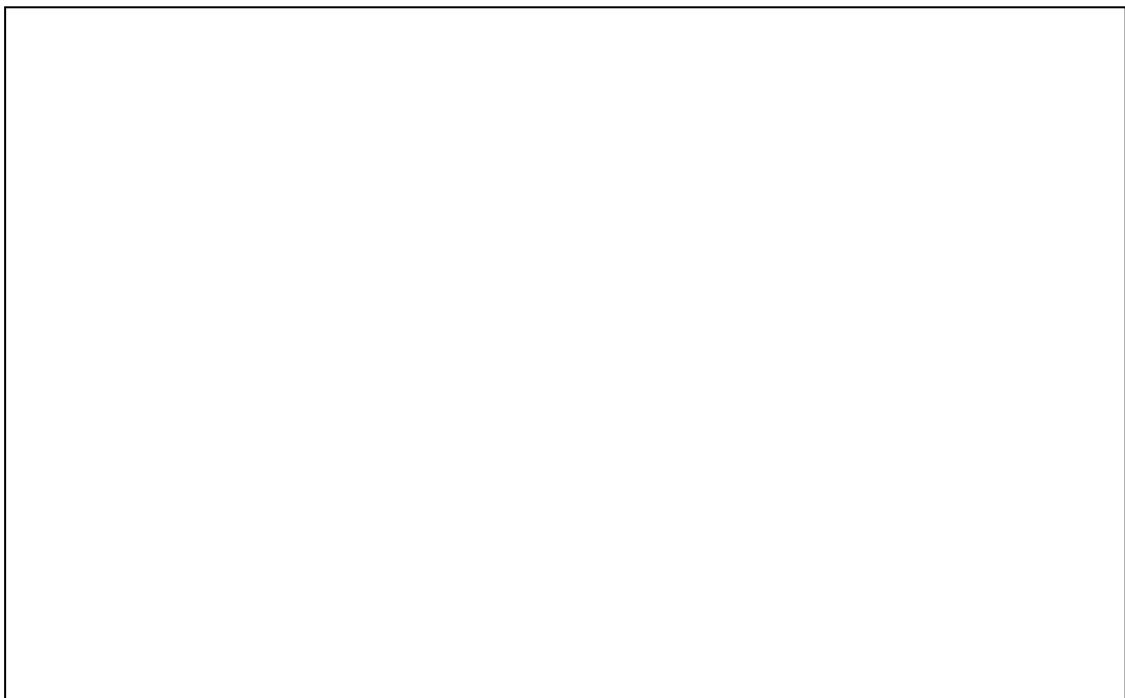


IZQUIERDA



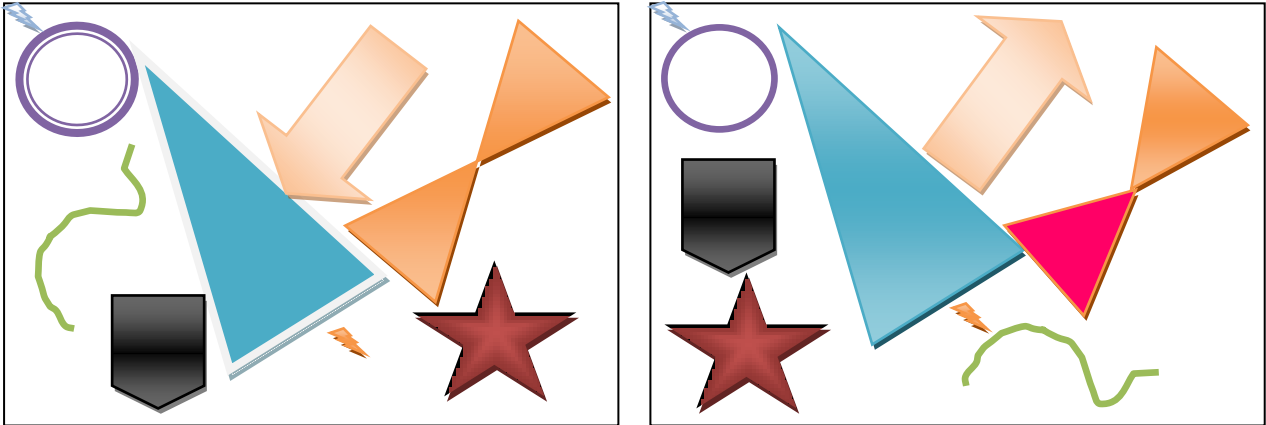
DERECHA

Ahora dibuja un paisaje utilizando la mano que no utilizas normalmente. Si escribes con la mano derecha tendrás que utilizar la izquierda, y si no al revés. Y escribe con que mano lo has hecho.



Sesión 11: ATENCIÓN

1. Encuentra y rodea las 7 diferencias.



2. Relaciona cada palabra con su contrario.

Frío	Débil	Cerca	Sol
Lluvia	Guapo	Calo	Delgado
Feo	Fuerte	Viejo	Lejos
Nuevo	Grueso	Salado	Lento
Veloz	Dulce		

Sesión 12: MEMORIA OPERATIVA

1. Resuelve los siguientes problemas:

- Pedro tiene 12 años, su primo Ángel es 3 años mayor que él, y el tío de ambos es 28 años mayor que Pedro. ¿Cuántos años tiene entre los tres?

- En un cajón hay 25 cucharas, en otro hay 15 más que en la primera, y en la tercera hay 45. ¿Cuántas cucharas hay en total?

- Saúl tiene 12 pelotas y Mario cuatro menos que Saúl. ¿Cuántas pelotas tienen entre los dos?

- Para pagar las chucherías que se ha comprado Ángela, entrega al dependiente una moneda de 1 euro. ¿Cuánto dinero se ha gastado Ángela si el dependiente le devuelve una moneda de 50 céntimos, y dos de 5 céntimos?

- Sonia va a cumplir 24 años. ¿En qué año nació?

Sesión 13: FLEXIBILIDAD COGNITIVA

1. Escribe todas las palabras que se te ocurran que:

a. Empiecen por An:

.....
.....

b. Contengan -lo-:

.....
.....

c. Acaben en - te:

.....
.....

2. Escribe todas las palabras que se te ocurran, que pertenezcan a cada grupo:

a. Animales:

.....
.....
.....

b. Ciudades:

.....
.....
.....

c. Objetos de clase:

.....
.....
.....

Sesión 14: FUNCIONES EJECUTIVAS

En la última sesión, se trabajará las funciones ejecutivas de manera general, por lo que se jugará al pictionary. Para ello, utilizaremos los grupos conforme estas sentados. A continuación, aparece nuestro propio pictionary. Para la realización de esta actividad se utilizará la pizarra, ya que los alumnos deberán hacer los dibujos en la esta, para que todos los alumnos puedan verlos.



○ **Anexo 2: ESTRATEGIAS PARA LLEVAR A CABO EN EL AULA**

➤ **“Asignación de las funciones del aula”.**

En concreto, esta actividad consiste en la asignación, a través del consenso de todo el grupo, de diversas funciones del aula, como puede ser: subir/bajar las persianas, apagar la luz cuando se sale del aula, apuntar los deberes en la pizarra, repaso del calendario, y revisión del aula.

TAREA	ALUMNOS	PERIODO
Subir/Bajar las persianas	• Alumno A	• Del 12/09 al 16/09 y del 3/10 al 7/10
	• Alumno B	• Del 19/09 al 23/09 y del 10/10 al 14/10
	• Alumno C	• Del 26/09 al 30/09 y del 17/10 al 21/10
	• Alumno D	• Del 12/09 al 16/09 y del 3/10 al 7/10
Apagar la luz cuando se sale del aula	• Alumno E	• Del 19/09 al 23/09 y del 10/10 al 14/10
	• Alumno F	• Del 26/09 al 30/09 y del 17/10 al 21/10
	• Alumno G	• Del 12/09 al 16/09 y del 3/10 al 7/10
Apuntar los deberes en la pizarra	• Alumno H	• Del 19/09 al 23/09 y del 10/10 al 14/10
	• Alumno I	• Del 26/09 al 30/09 y del 17/10 al 21/10
	• Alumno J	• Del 12/09 al 16/09 y del 3/10 al 7/10
Repaso del calendario	• Alumno K	• Del 19/09 al 23/09 y del 10/10 al 14/10
	• Alumno L	• Del 26/09 al 30/09 y del 17/10

		al 21/10
Revisión del aula	• Alumno M	• Del 12/09 al 16/09 y del 3/10
	• Alumno N	al 7/10
	• Alumno Ñ	• Del 19/09 al 23/09 y del 10/10
		al 14/10
		• Del 26/09 al 30/09 y del 17/10
		al 21/10

➤ **“La Oca de las Actividades”.**

Esta estrategia consiste en crear un pequeño mural en el que aparezcan varias casillas, las cuales acaben con las palabras: ¡Lo has conseguido! A continuación se muestra una imagen de esta “oca”.



El objetivo de esta estrategia es el de concienciar al/a la alumno/a de que debe realizar y terminar todas las actividades programadas, ya que si lo logran obtendrán un refuerzo.

➤ **Programa de refuerzo.**

Se estudiará la posibilidad de poner en marcha un programa de refuerzo, en función del análisis de las conductas a modificar y el periodo de tiempo que las emite. Posteriormente, se elegirá el tipo de programa de refuerzo más adecuado, teniendo en cuenta que debe ser modificado con el tiempo, pasando de un programa de refuerzo fijo a uno variable.

Según Echegoyen (s.f.) existen diferentes tipos de programas de refuerzo en función de los distintos modos de administrar el estímulo reforzante; refuerzo continuo (cuando se refuerza cada conducta) y refuerzo parcial (cuando se refuerza ocasionalmente). Dentro del programa de refuerzo parcial, podemos diferenciar: de intervalo fijo; de intervalo variable; de razón fija, y de razón variable. El de intervalo fijo consiste en suministrar un refuerzo cuando ha pasado un intervalo de tiempo fijo desde el último reforzamiento. Por el contrario, el de intervalo variable se caracteriza por realizarse sin un intervalo de tiempo concreto.

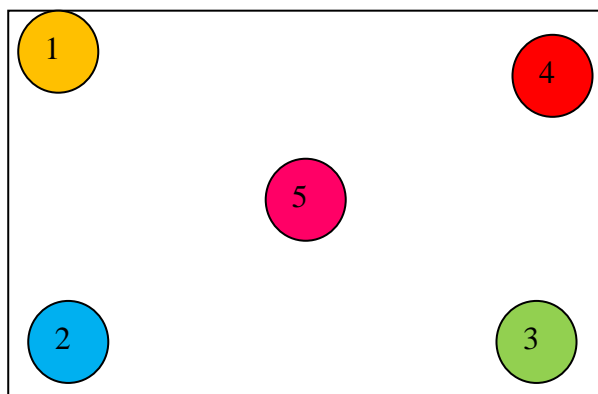
En cuanto a la razón, diferenciamos; razón fija, en el que es necesario que se den un número de respuestas constantes para recibir el refuerzo. Por otro lado, el de razón variable consiste en administrar refuerzo en función de un número variable de conductas.

➤ **Realizar descansos entre actividad y actividad.**

El objetivo es la realización de pequeños descansos cerebrales entre tarea y tarea. Por lo que una estrategia idónea sería la realización de pequeños rincones en los que cada grupo tuviera que realizar actividades que requieran movimientos.

La distribución de los/as niños/as en grupos será la misma que su grupo de trabajo en el aula. Los/as alumnos/as deberán pasar cada día por los cinco rincones, y se apuntará en una tabla que habrá en cada rincón los puntos individuales y grupales de cada grupo en cada actividad. Mientras un compañero realiza la actividad, el resto debe ser “árbitros” de su compañero. Al finalizar la semana se realizará un recuento de todos

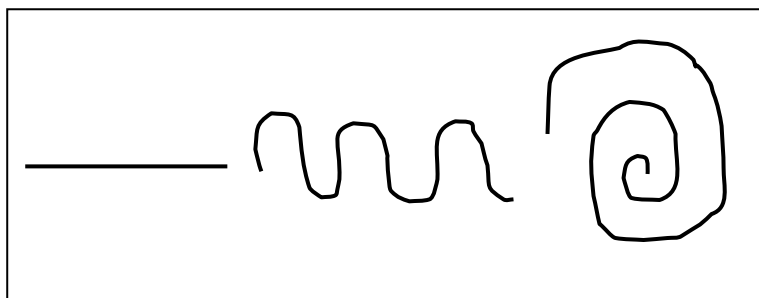
los puntos, y se averiguará que grupo ha sido el ganador semanal se le gratificará con una recompensa.



1. **Los Aros:** este rincón está formado por un total de seis aros de diferentes colores colocados en el suelo, y una caja en la que habrá distintas opciones del orden en el que deben pasar por ellos. Es decir, cada niño deberá memorizar el orden que aparece en la tarjeta que ha cogido de la caja, y posteriormente, saltar de un aro a otro. Cada alumno tendrán tres intentos y se realizarán 2 rondas completas..
2. **La rana.** Es una variación de un juego tradicional que consiste en introducir una moneda o una chapa de metal en los distintos agujeros. En este caso, se realizará con una caja, que contará con cinco agujeros distribuidos en ella, y el/la niño/a tendrá tres chapas en cada turno. Cada alumno tendrán tres intentos y se realizarán dos rondas completas.



3. **Equilibrios.** En este rincón los/as alumnos/as deben andar por encima de varias cuerdas que estará colocada en el suelo. O lo que es lo mismo, tendrán que hacer equilibrios en un circuito con distintas cuerdas colocadas de diferentes formas. Cada alumno tendrán cinco intentos y se realizarán 2 rondas completas.



4. **¿Me encestas?** Esta actividad consiste en jugar a encestar dentro de un vaso una pelota atada con una cuerda al vaso. Cada alumno tendrán cinco intentos y se realizarán 2 rondas completas.
5. **¡Llévame a mi lugar!** El juego consiste en llevar unas bolas que se encuentran en una caja en la clase hasta otra caja que se encuentra a un par de metros de la primera. El/la alumno/a solo podrá llevar una bola en cada desplazamiento, y a su vez, es necesario destacar que cada uno lo hará de una manera diferente, ya que se contará con una ruleta la cual decidirá de qué modo debe hacerlo. Por ejemplo: con los pies juntos, a la pata coja, dando zancadas, andando de espaldas, y con los pies juntos dando saltos. En el momento en que el alumno no realice lo que la ruleta le ha expresado o se le caiga la pelota, deberá volver a comenzar desde el principio. Cuando dejen la pelota en la segunda caja los alumnos podrán volver andando, y empezará el turno del siguiente compañero. Cada alumno tendrán cuatro intentos y se realizarán 2 rondas completas.

