



Universidad Internacional de La Rioja

Facultad de Educación

Trabajo fin de máster

Intervención inclusiva en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Presentado por: Vieites Novio, Laura
Tipo de TFM: Propuesta de Intervención Psicopedagógica
Director/a: Cristina Varela Portela
Ciudad: Santiago de Compostela
Fecha: 08/02/2018

Resumen

Este Trabajo Fin de Máster se centra en analizar el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad entendido como un trastorno neurobiológico caracterizado por la inatención, hiperactividad e impulsividad. Dicho trastorno, que produce dificultades para mantener la atención y autorregular la propia conducta, influye de forma significativa en la adaptación de la persona que lo padece a todos los contextos en los que se desarrolla, destacando el ámbito escolar y sociofamiliar.

Para ello se ha llevado a cabo una propuesta de intervención basada en la inclusión y el aprendizaje cooperativo como elementos claves para dar respuesta a las necesidades de un niño de 9 años con TDAH de tipo combinado. A través de este proyecto de intervención se ofrecen estrategias y acciones destinadas al propio niño para disminuir las dificultades y problemáticas que manifiesta; a la familia, ofreciendo orientaciones que mejoren la convivencia y promuevan el desarrollo del niño; y al centro educativo, mediante medidas educativas que faciliten el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Este trabajo concluye con la necesidad de una actuación conjunta por parte de todos los agentes implicados estableciendo canales de coordinación y comunicación oportunos que propicien una intervención global y ajustada a la realidad del niño con TDAH.

Palabras clave

TDAH, intervención psicopedagógica, inclusión, aprendizaje cooperativo, pautas educativas.

Abstract

This Master's Thesis focuses on analyzing Attention Deficit Hyperactivity Disorder understood as a neurobiological disorder characterized by inattention, hyperactivity and impulsivity. This disorder, which causes difficulties in maintaining attention and self-regulating one's own behavior, significantly influences the adaptation of the person who suffers it to all the contexts in which it develops, highlighting the school and socio-family environment.

To this end, an intervention proposal based on inclusion and cooperative learning has been carried out as key elements to respond to the needs of a 9-year-old child with combined ADHD. Through this intervention project strategies and actions are offered to the child himself to reduce the difficulties and problems that he manifests; to the family, offering orientations that improve coexistence and promote the development of the child; and the educational center, through educational measures that facilitate the teaching-learning process.

This work concludes with the need for joint action on the part of all the agents involved, establishing the appropriate coordination and communication channels that propitiate a global intervention and adjusted to the reality of the child with ADHD.

Keywords

ADHD, psychopedagogical intervention, inclusion, cooperative learning, educational guidelines.

Índice

1. Introducción del Trabajo Fin de Máster	6
1.1. Justificación del proyecto realizado	7
1.2. Planteamiento del problema	7
1.3. Análisis del estado de la cuestión	8
1.3.1. Concepto.....	9
1.3.2. Evolución.....	10
1.3.3. Causas	11
1.3.3.1. Factores genéticos	11
1.3.3.2. Factores neuroquímicos	11
1.3.3.3. Factores neuroanatómicos	11
1.3.3.4. Factores neuropsicológicos.....	11
1.3.3.5. Factores ambientales	12
1.3.4. Diagnóstico.....	12
1.3.5. Diagnóstico diferencial.....	14
1.3.6. Comorbilidad.....	15
1.3.7. Prevalencia	15
1.3.8. Evaluación	16
1.3.9. Tratamiento.....	18
1.3.9.1. Tratamiento farmacológico	18
1.3.9.2. Tratamiento psicológico	19
1.3.9.2.1. Técnicas conductuales	19
1.3.9.2.2. Técnicas cognitivo-conductuales	20
1.3.9.2.3. Entrenamiento en habilidades sociales.....	21
1.3.9.2.4. Técnicas de relajación	21
1.3.9.3. Tratamiento psicopedagógico.....	21
2. Objetivos del Trabajo Fin de Máster	23
2.1. Objetivo general	23
2.2. Objetivos específicos	23
3. Breve fundamentación de la metodología	24
4. Desarrollo del proyecto	27
4.1. Recogida de Información y Análisis	27
4.1.1. Ámbito familiar	28
4.1.2. Ámbito escolar	30
4.2. Fundamentación y diseño.....	30
4.2.1. Objetivos de la intervención	31
4.2.2. Contenidos.....	31
4.2.3. Marco legislativo	31
4.2.4. Cronograma.....	34
4.2.5. Evaluación.....	35
4.3. Intervención	36
4.3.1. Intervención con el niño.....	36
4.3.1.1. Rendimiento académico	37
4.3.1.1.1. Estrategias relacionadas con la lectura	37
4.3.1.1.2. Estrategias relacionadas con la escritura.....	38
4.3.1.1.3. Estrategias relacionadas con las matemáticas	38
4.3.1.2. Comportamiento	42
4.3.1.3. Autoestima.....	44
4.3.2. Intervención y orientaciones para las familias	46
4.3.3. Intervención y orientaciones para el profesorado	47
4.3.3.1. Adaptaciones curriculares	48
5. Resultados y análisis.....	50
6. Conclusiones.....	51
6.1. Limitaciones	52
6.2. Líneas de intervención futuras	52
7. Consideraciones finales	54
8. Referencias bibliográficas	56
9. Anexos	58

Índice de Tablas

Tabla 1. Diagnóstico diferencial	14
Tabla 2. Comorbilidades más frecuentes con el TDAH.....	15
Tabla 3. Instrumentos de evaluación.....	17
Tabla 4. Técnicas de modificación de conducta.....	20
Tabla 5. Técnicas cognitivo-conductuales	21
Tabla 6. Cronograma.....	35

Índice de Figuras

Figura 1. Evolución del TDAH.....	10
Figura 2. Evolución de la atención a la diversidad	24
Figura 3. Estructura de la actividad.....	26
Figura 4. Influencia del TDAH en la familia	29
Figura 5. Áreas de intervención	37

1. Introducción del Trabajo Fin de Máster

El proyecto presentado se basa en el análisis de un caso de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), a partir del cual se profundizará en este trastorno y se propondrá un plan de intervención práctico y contextualizado para abordar el TDAH desde la escuela y en colaboración con la familia. El plan de intervención partirá de un enfoque global de la persona bajo una metodología inclusiva y cooperativa basada en los principios de atención a la diversidad. Para ello, se tendrá en cuenta todos los elementos que forman parte de la realidad del niño incluyendo al propio niño, la familia y la escuela.

Este primer apartado comenzará con una breve justificación en la que se argumente los motivos por los que se decide realizar este Trabajo de Fin de Máster (TFM) seguido de la presentación de un caso ficticio de un niño con TDAH y que será objeto de intervención en apartados posteriores. Sin embargo, la mayor carga de información de este apartado reside en la elaboración del marco teórico que servirá para enmarcar el caso de TDAH expuesto.

En un segundo capítulo se determinarán los objetivos que se persiguen, y en el tercero se analizará de forma detallada el marco metodológico en el que se basa la propuesta de intervención.

En cuarto lugar, se expondrá de forma minuciosa cómo se va a desarrollar el proyecto de intervención. Este apartado incluirá una contextualización del caso de TDAH planteado, los objetivos de la intervención, los contenidos a abordar, la distribución temporal de la intervención y la evaluación del mismo; así como actividades y estrategias a desarrollar durante la intervención dirigidas al niño, a la familia y al profesorado.

El quinto apartado recogerá los resultados derivados del proceso de intervención y un análisis de los mismos.

El sexto capítulo está compuesto por las conclusiones del TFM en donde se señalarán algunas dificultades encontradas para su realización y posibles vías para darle continuidad a este trabajo.

1.1. Justificación del proyecto realizado

El TDAH es un trastorno muy presente en nuestra sociedad, siendo común que todos conozcamos a alguna persona afectada por este trastorno. La mayoría de los centros educativos cuentan con alumnos que padecen TDAH (Korzeniowsk e Ison, 2008), siendo necesario la existencia de protocolos de actuación y formación de los profesionales en este tema. Su alta incidencia provoca que la población en general utilice el término de TDAH, pero no siempre se emplea de manera correcta. Lo que genera controversia y el uso generalizado de etiquetas para estos niños¹.

Orjales (2009) señala que prácticamente cada profesor se va a encontrar con un niño con TDAH en cada año de ejercicio de su profesión. Teniendo en cuenta esta alta probabilidad de presencia de un niño con estas características en el aula, como docente, y al igual que otros compañeros de profesión, me preocupan las dificultades con las que me puedo encontrar para atender a estos niños. Con el fin de poder enfrentarse a este hecho con la mayor seguridad posible y contribuir a ofrecer una educación de calidad y una respuesta que se ajuste a sus necesidades infantiles se elabora este proyecto.

Estos motivos son los que me han llevado a plantear este Trabajo Fin de Máster sobre el TDAH con la esperanza de desarrollar un trabajo exhaustivo alrededor de este trastorno y de las necesidades que presentan estos alumnos. A través de esta propuesta se pretende ofrecer información precisa que desmitifique el trastorno y arroje luz sobre cómo abordarlo. Se presentará de manera sencilla y comprensible lo que implica el TDAH aportando propuestas prácticas para su tratamiento que sirvan de guía para todas las personas interesadas en el tema y, de manera especial, para las familias y los docentes.

1.2. Planteamiento del problema

El eje central de este TFM se sitúa en un niño de 9 años escolarizado en 5º de Educación Primaria en un colegio de la Comunidad Autónoma de Galicia. Este niño ha sido diagnosticado por parte de los servicios de salud con TDAH de tipo combinado presentando síntomas de inatención e hiperactividad-impulsividad.

En el aula presenta múltiples conductas disruptivas, se mueve de un lugar a otro, incluso estando en un lugar fijo se mantiene en constante movimiento

¹ Se generalizará a lo largo de todo el texto en género neutro para favorecer la lectura del documento, sin ánimo de ofender a ninguno de los dos géneros.

columpiándose en la silla, jugando con los bolígrafos, moviendo pies y manos, etc. Suele responder a las preguntas sin pensar y le cuesta respetar los turnos de palabra.

Muestra un rendimiento académico inferior al esperado y tiene dificultad para dedicar tiempo a una misma actividad de forma continuada, incluyendo los juegos. Es frecuente que no termine las actividades porque se distrae fácilmente, sus tareas están desorganizadas y en ocasiones son poco legibles debido a su caligrafía desordenada.

Es un niño muy afectivo y acogido por su grupo de iguales. Sin embargo, a veces surgen conflictos aislados debido a sus conductas impulsivas como interrumpir conversaciones o molestar durante la clase.

Presenta una buena relación con su familia caracterizada por el afecto y la comunicación. A pesar de ello, en algunas situaciones aparecen los reproches hacia la conducta del niño debido principalmente a falta de habilidades para manejar las situaciones conflictivas.

Para abordar las características que manifiesta este niño y atender a sus necesidades se recurrirá al carácter inclusivo de la educación mediante acciones centradas en el niño, la familia y la escuela y que permitan reducir el impacto de la sintomatología del TDAH.

1.3. Análisis del estado de la cuestión

En los últimos años se ha escrito mucho sobre el TDAH. Se ha llegado a decir que es un trastorno inventado, que está de moda o que es resultado del actual ritmo de vida (Sans, 2008). Pero eso no es cierto, existen evidencias científicas que demuestran que es un trastorno muy real que afecta al funcionamiento del cerebro.

Por ello, a lo largo de este apartado se establecerá el marco teórico sobre el tema sentando las bases de este TFM. A través de los diferentes apartados se tratará de analizar qué se entiende por TDAH, cuál es su evolución con el transcurso del tiempo, las causas que originan el trastorno, cómo es el proceso de diagnóstico, la importancia de establecer un diagnóstico diferencial, trastornos comórbidos que conviven con el TDAH, su prevalencia, información sobre su evaluación y su tratamiento.

1.3.1. Concepto

El TDAH o Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es un trastorno neurobiológico que se caracteriza por la presencia de tres síntomas típicos:

- Déficit o falta de atención.- Se manifiesta en las dificultades para concentrarse lo que provoca una falta de consistencia en las tareas, sobre todo en las que requieren una atención mantenida. Además, presenta altos niveles de distracción produciendo olvidos y pérdidas frecuentes, así como dificultades para organizarse.
- Impulsividad.- Se refiere a conductas que se realizan de forma precipitada y sin reflexión previa. La impulsividad puede deberse a la necesidad de gratificación inmediata.
- Hiperactividad.- La hiperactividad se manifiesta mediante el exceso de movimiento cuando es inapropiado. También, es frecuente una producción verbal abundante.

Por tanto, este trastorno afecta a la capacidad del niño para prestar atención a las acciones que realiza (inatención), regular su nivel de actividad (hiperactividad) e inhibir o frenar sus pensamientos o comportamientos (impulsividad) (Soutullo, 2007).

Además de estos síntomas nucleares, el TDAH suele llevar asociadas otro tipo de dificultades (Hidalgo y Sánchez, 2014) tales como dificultades de relación social, problemas en el aprendizaje, rendimiento académico bajo, torpeza motora, escasa tolerancia a la frustración, irritabilidad o labilidad emocional, baja autoestima y tendencia a involucrarse en conductas de riesgo.

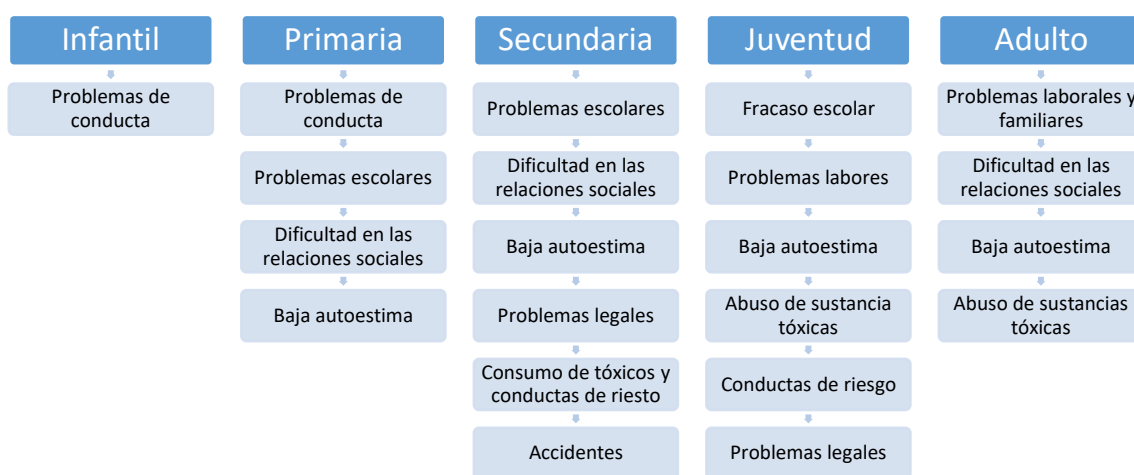
El TDAH es un trastorno caracterizado por un inicio en la infancia (Barkley, 2006) y que se corresponde con una disfunción cognitiva o neurológica y a manifestaciones conductuales que afectan al área cognitiva, académica, conductual, emocional, familiar y social.

A pesar de estas características comunes, se debe tener presente que no todas las personas con TDAH presentan los mismos síntomas ni con la misma magnitud.

1.3.2. Evolución

El TDAH es un trastorno que abarca todo el ciclo vital. El 50% de los niños con TDAH presentará el trastorno cuando sean adultos. Con el desarrollo madurativo algunos síntomas suelen mejorar, pero otros persisten hasta la edad adulta. Con la edad la hiperactividad tiende a disminuir y/o se presenta de forma más interna como un sentimiento de inquietud. La impulsividad también se reduce, aunque en menor medida. Mientras que la inatención se mantiene muy similar a las características manifestadas en la infancia (Mena et al., 2011).

Figura 1. Evolución del TDAH



Fuente: Barkley, 2006, citado en Sans, 2008

A pesar de que la sintomatología sigue presente con el paso de los años, muchos adultos adquieren estrategias para compensar sus déficits y se respaldan en sus habilidades consiguiendo una mejor adaptación al entorno. En este caso, el TDAH se basa en síntomas residuales y/o a las consecuencias de problemas secundarios del trastorno.

Para Orjales (2009) el problema se encuentra en el efecto bola de nieve del TDAH, ya que las características propias de este trastorno dificultan en gran medida el desarrollo del niño y, por tanto, propician la existencia de otros problemas derivados que pueden resultar graves.

Un diagnóstico adecuado y precoz conlleva un mejor pronóstico del TDAH. Hay multitud de factores que afectan a la evolución de este trastorno como la existencia de otros trastornos asociados, la gravedad del trastorno, la adecuación de los programas de intervención, la eficacia del tratamiento tanto farmacológico como

psicológico y psicopedagógico, las características sociofamiliares y el nivel de adquisición de otras habilidades por parte del niño que le otorguen reconocimiento social (Orjales, 2009).

1.3.3. Causas

El TDAH es un trastorno heterogéneo y complejo que no puede explicarse por una única causa. Sin embargo, hay evidencias de que se trata de un trastorno de origen neurobiológico (Quintero y Castaño de la Mota, 2014) y sobre el que los datos de neuroimagen y genética cada vez están aportando mayor información. Se puede establecer como un trastorno multifactorial con múltiples factores que se interrelacionan y contribuyen a que el trastorno se manifieste. Estos factores se especifican a continuación.

1.3.3.1. Factores genéticos

La herencia/genética es uno de los factores más predisponentes para la aparición del TDAH ya que está presente en un 75% de los casos (Soutullo, 2007). Los estudios establecen la implicación de varios genes y cromosomas relacionados con la dopamina, la noradrenalina y la serotonina (Quintero y Castaño de la Mota, 2014).

1.3.3.2. Factores neuroquímicos

Estos factores se relacionan con niveles insuficientes de neurotransmisores, principalmente dopamina y noradrenalina, La deficiencia de estas sustancias provoca problemas en las conexiones que comunican el córtex prefrontal con otras partes del cerebro, como los ganglios basales (circuito frontoestriado), lo que explicarían los síntomas nucleares del TDAH.

1.3.3.3. Factores neuroanatómicos

La persona afectada presenta una menor actividad cerebral en la zona frontal posiblemente debido a un menor tamaño y actividad química en algunas regiones (Barkley, 2006). Las técnicas de neuroimagen han encontrado anomalías estructurales relacionadas con volúmenes inferiores de la corteza prefrontal y las de regiones conectadas con ésta.

1.3.3.4. Factores neuropsicológicos

Barkley (2006) ha postulado el TDAH como un cuadro de disfunción ejecutiva, en el que prima una alteración en el control inhibitorio. Las funciones ejecutivas son

actividades mentales complejas que permiten que seamos capaces de tomar decisiones, planificar y desarrollar una conducta social adecuada (Sans, 2008). Se considera que las funciones ejecutivas no están totalmente desarrolladas hasta el final de la adolescencia e inicio de la edad adulta. Las más relevantes para el TDAH son la memoria de trabajo, la flexibilidad cognitiva, la atención y la inhibición.

1.3.3.5. Factores ambientales

Barkley (2006) señala que los factores socioambientales pueden influir en mayor gravedad de los síntomas, un peor pronóstico o en el incremento de riesgo de desarrollar problemas asociados, pero que raramente ocasionan el trastorno.

Distintos factores se han asociado con un mayor riesgo de TDAH entre ellos se encuentra el consumo de tóxicos durante el embarazo, prematuridad o bajo peso al nacer. Además, se debe tener en cuenta que las regiones del cerebro implicadas en el TDAH son las que se desarrollan más tardíamente en el niño. Cualquier agresión a este cerebro en desarrollo puede ser la causa de muchas de las manifestaciones relacionadas con el control de la conducta que dan en el TDAH tales como traumatismos craneoencefálicos graves, efectos secundarios de algunos de los tratamientos utilizados en oncología o infecciones (Sans, 2008).

1.3.4. Diagnóstico

La sintomatología asociada al TDAH suele ser más acentuada y evidente durante la etapa escolar, lo que explica la alta tasa de diagnósticos que se emiten durante estas edades, concretamente entre los 6 y los 9 años. Esto no significa que no pueda presentarse y diagnosticarse de forma temprana (Isorna, 2015). Lo que ocurre es que el esquema conductual que presenta el TDAH se considera propio de los niños durante la primera infancia. Por ello, es difícil diferenciar los síntomas del trastorno de los comportamientos normales antes de los 4 años (APA, 2014). A medida que los niños avanzan a lo largo de los estadios evolutivos van adquiriendo un mayor autocontrol y estas conductas tienden a desaparecer. Sin embargo, en los niños con TDAH esta evolución no ocurre así ya que manifiestan patrones de conducta propios de edades inferiores. (Sans, 2008).

Hoy en día, para el diagnóstico de TDAH los dos sistemas clasificatorios más empleados son el Manual Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) (APA, 2014) y el Sistema de Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales (CIE-10) (OMS, 1992).

El DSM-V (APA, 2014) considera el TDAH como un Trastornos del neurodesarrollo. Este manual lo identifica como un “*patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo*” apareciendo alguno de sus síntomas antes de los 12 años de edad. Uno de las condiciones para el diagnóstico es que los síntomas estén presentes en dos o más contextos diferentes de la vida del sujeto y que interfieran en el desarrollo social, académico o laboral. El DSM-V, permite diferenciar tres subtipos de TDAH en función de la sintomatología predominante en los últimos seis meses. De tal forma que establece:

- Presentación Combinada
- Presentación predominante con falta de atención
- Presentación predominante hiperactiva/impulsiva

Así mismo, ofrece la posibilidad de diagnosticar otro trastorno por TDAH especificado o TDAH no especificado.

Por su parte, el CIE-10 (OMS, 1992) presenta el TDAH como un Trastorno Hiperkinético, clasificados como Trastornos del Comportamiento y de las Emociones de comienzo habitual en la Infancia y la Adolescencia y dentro de una categoría más amplia denominada Trastornos mentales y del comportamiento. Señala que es un trastorno que tiene inicio en edades tempranas del desarrollo y recoge los siguientes subtipos:

- Trastorno de la actividad y de la atención
- Trastorno hiperkinético Disocial
- Otros trastornos Hiperkinéticos
- Trastorno Hiperkinético no especificado

El trastorno que describe el CIE-10 corresponde con un trastorno más grave y menos frecuente que el TDAH del DSM-V debido a que los criterios de diagnóstico que emplea son más estrictos.

1.3.5. Diagnóstico diferencial

Un gran desafío al que se enfrentan los profesionales es el de establecer un correcto diagnóstico diferencial. Existen muchos trastornos o enfermedades que se manifiestan con síntomas de hiperactividad, problemas de atención y/o impulsividad, entre otros, pero que no corresponden al TDAH. También, es necesario diferenciar lo que es un trastorno de lo que no lo es ya que muchos niños pueden desarrollar patrones de conductas similares al TDAH pero no llegan a considerarse trastornos por no sobrepasar los niveles clínicos establecidos (Rodríguez, 2015). Por ello, es preciso llevar a cabo un diagnóstico diferencial descartando otros procesos con síntomas similares al TDAH en el que se tengan en cuenta procesos médicos, neurológicos, psiquiátricos y otros que aparecen en la Tabla 1.

Tabla 1. Diagnóstico diferencial

Problemas pediátricos y neurológicos	Trastornos psiquiátricos	Otras condiciones
<ul style="list-style-type: none"> - Malnutrición o mala alimentación - Problemas de sueño (apnea del sueño) - Síndrome de piernas inquietas - Alteraciones en la visión - Alteraciones en la audición - Enfermedades endocrinológicas (diabetes, hipotiroidismo o hipertiroidismo) - Anemia - Alteraciones electrolíticas - Problemas neurológicos (epilepsia, secuelas de traumatismo craneal, secuelas de daño cerebral perinatal, trastornos del lenguaje, trastornos de la memoria, trastornos del control motor, movimientos anormales / parálisis cerebral) - Patología neuromuscular - Efectos secundarios de fármacos - Síndrome X frágil - Intoxicación por plomo 	<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos del humor (depresión, trastorno bipolar) - Trastornos del comportamiento (trastorno negativista desafiante, trastorno de conducta) - Trastorno de ansiedad (ansiedad por separación, fobia social, trastorno de estrés postraumático) - Trastorno por abuso de sustancias - Trastorno del espectro autista - Trastorno de tics o de Guilles de la Tourette 	<ul style="list-style-type: none"> - Abandono, abuso, maltrato infantil - Infraestimulación - Sobreestimulación - Altas capacidades - Trastornos del aprendizaje (lectura, escritura, matemáticas, no verbal)

Fuente: Adaptación de Soutullo, 2007 y Hidalgo y Sánchez, 2014

A veces, es difícil realizar el diagnóstico debido a que el TDAH aparece asociado a uno de estos trastornos, lo que requiere un tratamiento simultáneo. De ahí, la importancia de realizar una buena evaluación clínica.

1.3.6. Comorbilidad

La mayoría de las personas con TDAH, en más del 50%, conviven con otro trastorno, es lo que se conoce como comorbilidad. Alrededor del 32% de los afectados presenta dos trastornos añadidos y el 11% manifiesta tres o más (Mena et al., 2011). Los trastornos asociados más frecuentes se recogen en la Tabla 2.

Tabla 2. Comorbilidades más frecuentes con el TDAH

Trastorno	Tasa aproximada en niños con TDAH
Trastornos de aprendizaje (trastorno de la lectura, del cálculo)	Entre el 8 y el 39% trastorno de la lectura, del 12 al 30% trastorno del cálculo
Trastorno del desarrollo de la coordinación motora (TDCM) / retraso de la coordinación motora	El 47% cumplen criterios de TDCM/el 52% tienen retraso en la coordinación motora
Trastornos del desarrollo del habla, trastornos expresivos (pragmáticos)	Hasta el 35% inicio tardío del habla/entre el 10- 54% dificultades expresivas, principalmente pragmáticas
Trastornos generalizados de desarrollo	Hasta el 26% de los niños con trastorno generalizado del desarrollo (TGD) pueden presentar TDAH tipo combinado
Trastorno negativista desafiante	Entre el 40 y el 60%
Trastorno disocial	14,3%
Trastorno de tics/síndrome de Tourette	10,9%
Trastorno por abuso de sustancias	En la adolescencia el riesgo es 2-5 veces mayor que en controles normales, si hay comorbilidad con trastorno disocial
Trastorno del estado de ánimo: depresión mayor/ trastorno bipolar	3,8%/2,2%
Trastorno de ansiedad (angustia, fobia, obsesivo compulsivo, ansiedad generalizada, ansiedad de separación)	Entre el 25 y el 35%
Trastorno del sueño	Entre el 30 y el 60%

Fuente: GPC, 2010

En estas situaciones es frecuente que las características del trastorno comórbido se solapen y enmascaren al propio TDAH. Lo que dificulta el diagnóstico, agrava el pronóstico y hace más complejo su tratamiento (Isorna, 2015)

1.3.7. Prevalencia

El TDAH es el trastorno de mayor incidencia en la infancia y el motivo más frecuente de consulta a los servicios de neuropsiquiatría. Se estima que afecta aproximadamente al 5% de los niños. Sin embargo, existen discrepancias en la cifra

de prevalencia debido a las diferencias existentes en la terminología y metodología empleada para el diagnóstico (Soutullo, 2007). Un claro ejemplo de ello, y como ya se ha mencionado, es que el CIE-10 reúne unos criterios de diagnósticos más estrictos por lo que excluiría a algunos casos que el DSM-V si reconocería.

La incidencia de este trastorno es más frecuente entre los niños que entre niñas, aunque se manifiesta de forma diferente según el sexo. En el caso de los niños con TDAH presentan un mayor grado de hiperactividad-impulsividad que las niñas, siendo más llamativa su sintomatología a través de las conductas, por lo que se diagnostica con mayor facilidad. El sexo femenino presenta mayor tendencia a manifestar rasgos de inatención que no suele ir acompañado de problemas de conducta lo que provoca que muchas veces los síntomas pasan desapercibidos dificultando la detección del trastorno (Mena et al., 2011). Se puede afirmar que existe una relación niño:niña de 4:1 en el tipo hiperactivo-impulsivo y 2:1 para el tipo inatento.

El subtipo más frecuente es el combinado. El número de síntomas de desatención tiende a aumentar conforme los niños con TDAH avanzan en los cursos escolares, especialmente, a partir de los 8 años, lo cual puede estar asociado al aumento de las demandas académicas. Por el contrario, los síntomas de hiperactividad-impulsividad tienden a disminuir con la edad.

1.3.8. Evaluación

Un diagnóstico adecuado es el primer paso para llevar a cabo una intervención eficaz. La familia, el profesorado o pediatra suelen ser los primeros en sospechar un posible caso de TDAH. El diagnóstico del TDAH es fundamentalmente clínico ya que en la actualidad no existe ninguna prueba diagnóstica específica. Sin embargo, el uso de cuestionarios y pruebas neurológicas pueden ayudar en el diagnóstico o valorar la evolución y la respuesta al tratamiento (Isorna, 2015).

La evaluación del TDAH requiere obtener información del sujeto afectado, de la familia y de la escuela acerca de los síntomas del TDAH y para ello se pueden emplear diferentes instrumentos, que incluyen: preguntas abiertas, preguntas específicas, entrevistas semiestructuradas, cuestionarios y escalas (GPC, 2010). Los componentes más importantes en la evaluación son la entrevista clínica con la familia y el niño, entrevista con los profesores, escalas de valoración del comportamiento para familias y docentes y la administración de pruebas de inteligencia o conocimientos académicos. Además, es aconsejable utilizar técnicas

para valorar objetivamente los síntomas del TDAH como observaciones directas de la conducta del niño (Barkley, 2006).

Sans (2008) establece dos pasos fundamentales en el diagnóstico: la historia clínica y el estudio psicométrico y neuropsicológico. Además, señala que existen exámenes complementarios como análisis, electroencefalograma o resonancia magnética, entre otros, pero que rara vez se utilizan y cuando se realizan tienen como objetivo descartar otros posibles trastornos.

Por una parte, la historia clínica permite recabar gran cantidad de información de manera muy detallada y precisa. Esta información hace referencia al motivo de la consulta (preocupaciones de la familia, características del comportamiento, etc.), la historia familiar (antecedentes, posibles conflictos en la familia o la estructura familiar), antecedentes personales (aspectos prenatales, natales y postnatales), aspectos del desarrollo evolutivo (a nivel lingüístico, psicomotor, social, etc.), historia escolar (desempeño escolar, aptitudes, etc.) y la exploración física.

Por otra parte, se sitúa el estudio psicométrico y neurológico muy útil para detectar indicios o signos de alerta, conocer las dificultades y habilidades de la persona, la capacidad cognitiva, el funcionamiento cognitivo o descartar trastornos asociados.

En la Tabla 3 se presentan algunos test y escalas específicas para evaluar el TDAH y otras de psicopatología general, algunas modalidades de entrevistas estructuradas y semiestructuradas, pruebas de inteligencia y neurológicas, así como de evaluación psicopedagógica (Ver Anexo 1).

Tabla 3. Instrumentos de evaluación

Escalas específicas de evaluación del TDAH	ADHD Rating Scale-IV, Escalas de Conners, EDAH (Escala de Conners revisada), SNAP-IV, Escalas Magallanes.
Escalas de psicopatología general	Cuestionario de Dificultades y Capacidades (SDQ), Escalas de Achenbach, BASC Evaluación conducta de niños y adolescentes.
Entrevistas estructuradas y semiestructuradas	DISC (Diagnostic Interview Schedule for Children), K-SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia in School-Age children), DICA-IV (Diagnostic Interview for children and adolescents)
Pruebas de inteligencia y neuropsicológicas	Escalas de Wechsler, STROOP, Test de colores y palabras, CARAS (percepción de diferencias), Figura completa de Rey (FCR), D2. Test de atención, CPT II (Conners' Continuous Performance Test)
Evaluación psicopedagógica	T.A.L.E. (test de análisis de lectura y escritura), PROESC (evaluación proceso escritura), PROLEC-R (evaluación de los procesos lectores, primaria, PROLEC-SE (evaluación de los procesos lectores, secundaria)

Fuente: Rodríguez y Hidalgo, 2014

1.3.9. Tratamiento

Como ya se ha comentado en anteriores ocasiones, una detección y diagnóstico precoz propicia una mayor eficacia de la intervención. Dicha intervención no solo debe estar pensada para actuar sobre el momento actual, sino que también debe evitar problemas futuros. Por ello, el objetivo del tratamiento será mejorar la sintomatología, disminuir y eliminar síntomas asociados y optimizar el pronóstico.

Para Orjales (2009) el tratamiento del TDAH debe dirigirse a:

- Atenuar los síntomas del TDAH mediante la estimulación, la intervención psicoeducativa y el tratamiento farmacológico.
- Ofrecer al niño un programa de intervención ajustado a sus necesidades.
- Aportar formación, apoyo y asesoramiento tanto a los padres como al profesorado.
- Prevenir el deterioro social, académico y emocional derivado del TDAH.
- Evitar la manifestación de otros trastornos o dificultades.

El tipo de tratamiento y su duración van a influir en la evolución del trastorno. Cuando la persona con TDAH no recibe tratamiento o sigue uno inapropiado, el trastorno tiende a ocasionar problemas en la conducta, las relaciones sociales, el rendimiento académico y el equilibrio personal (Orjales, 2009)

La intervención más eficaz y favorable en un caso de TDAH es la multimodal; la cual tendrá en cuenta además del tratamiento farmacológico, el contexto psicosocial del niño y de la familia desde un modelo integral. En definitiva, se trata de combinar medicamentos, programas de atención a la familia e intervenciones psicopedagógicas (Isorna, 2015).

La intervención multimodal conlleva un tratamiento multidisciplinar en donde colaboran diversos especialistas (psicólogos, neuropediatras o psicopedagogos) en relación con el colegio y las familias, como se expone al detalle a continuación.

1.3.9.1. Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico tiene como objetivo optimizar el funcionamiento cerebral del niño con TDAH. Se constata su eficacia entre un 70 y un 80% de los

casos (Arco, J. et al., 2004). En ocasiones los médicos proponen paralizar su consumo durante un período de tiempo para que la familia y los docentes evalúen la eficacia del mismo.

Existen varios tipos de medicaciones que ayudan a las personas con TDAH. En España están aprobadas para su uso 2 tipos de fármacos: estimulantes (Metilfenidato y Dextroanfetamina) y no estimulantes (Atomoxetina). A pesar de que los estimulantes son fármacos seguros, muchas familias se muestran reticentes a su consumo debido a falsas creencias. La selección de un u otro medicamento será individualizada y realizada por un profesional que decidirá qué tratamiento y dosis son las más adecuadas para cada persona (Soutullo y Álvarez, 2014)

1.3.9.2. Tratamiento psicológico

La intervención psicológica empieza en el mismo momento en el que se produce el diagnóstico aportando, tanto al niño como a la familia, información sobre el trastorno.

El tratamiento psicológico ayudará a la persona afectada a tomar consciencia del propio trastorno y de su alcance identificando sus propias dificultades y habilidades. El objetivo es que el niño adquiera autonomía en la regulación conductual, cognitiva y emocional a partir de un programa de tratamiento individualizado.

1.3.9.2.1. Técnicas conductuales

Cuanto más tempranamente se empleen las técnicas conductuales, más eficacia muestran. Los resultados son mejores cuando se aplican en el inicio de los comportamientos problemáticos y son más eficaces en escolares que en adolescentes. Antes de su aplicación, es necesario observar al niño y su comportamiento con el fin de determinar cuáles son las conductas problemáticas y seleccionar los procedimientos más oportunos en base a ellas (Rodríguez y Criado, 2014).

Estas técnicas buscan la adquisición por parte del niño de conductas adecuadas. Una sus principales características es que es el adulto quien las aplica. Puesto que los problemas de comportamiento deben tratarse en los entornos en los cuales se presentan, es necesario entrenar a la familia y docentes en el uso de este tipo técnicas para que actúen como “co-terapeutas” (Soutullo, 2007). Para su eficacia es necesario que los refuerzos se empleen de forma inmediata, ser constante en su

aplicación y cambiarlos a menudo para evitar el aburrimiento o la saturación. (Isorna, 2015)

Las técnicas de modificación de conducta pueden llevarse a cabo mediante diferentes procedimientos. Por un lado, se encuentran las técnicas para la adquisición, aumento o mantenimiento de la conducta. Éstas se fundamentan en proporcionar premios al niño, ya sean materiales o sociales, cuando realiza una conducta deseada cuya frecuencia queremos incrementar. Por otro lado, se sitúan las técnicas para reducir o eliminar la conducta. En este caso, ante comportamientos inadecuados que se quieran eliminar, el niño obtiene una consecuencia desagradable. Finalmente, también existen técnicas combinadas para aumentar conductas deseadas o disminuir conductas inadecuadas (ver Anexo 2). En la Tabla 4 se especifican algunas técnicas de modificación de conducta.

Tabla 4. Técnicas de modificación de conducta

Adquisición o aumento de la conducta	Reducir o eliminar la conducta	Combinadas
- Refuerzo positivo	- Extinción	- Contrato de contingencias
- Refuerzo negativo	- Tiempo fuera	- Atención diferencial
- Economía de fichas	- Coste de la respuesta	
- Refuerzo social	- Sobrecorrección	
- Refuerzo mediante la atención de los adultos	- Reforzamiento de conductas incompatibles	
- Modelado		
- Principio de Premack		

Una de las principales limitaciones de las técnicas conductuales es la dificultad de generalizar los resultados obtenidos a otras conductas y otros contextos en el que el niño se desenvuelve.

1.3.9.2.2. Técnicas cognitivo-conductuales

A diferencia de las anteriores, en las técnicas cognitivo-conductuales es el propio sujeto ejerce el control; por ello, es muy importante la motivación del niño.

Estas técnicas buscan modificar ciertos pensamientos y actitudes. Se centran en el entrenamiento cognitivo y metacognitivo (Orjales, 2009) para que el niño gestione y su propia conducta adquiriendo un mayor autocontrol. La Tabla 5 recoge algunas de estas técnicas (ver anexo 3).

Tabla 5. Técnicas cognitivo-conductuales

<ul style="list-style-type: none"> - Autoinstrucciones - Técnica de la tortuga - Técnicas de autoevaluación - Técnica de control de la ira - Entrenamiento en atribuciones de éxitos y fracasos - Entrenamiento en habilidades de solución de problemas

1.3.9.2.3. Entrenamiento en habilidades sociales

A menudo, acompañando a los síntomas nucleares del TDAH, se presentan problemas en la socialización y el comportamiento. Los programas de habilidades sociales sirven de ayuda en estos casos. (Rodríguez y Criado, 2014).

Se parte de la idea de que estas habilidades son comportamientos aprendidos. El entrenamiento de las mismas consiste en la enseñanza de aquellas habilidades que el niño todavía no ha adquirido y la corrección de las que son inapropiadas; de tal forma, que tenga suficientes recursos que lo ayuden a mejorar sus relaciones sociales.

1.3.9.2.4. Técnicas de relajación

A través de estas técnicas se ayuda a controlar y canalizar el exceso de actividad, el nerviosismo y la ansiedad. Además, contribuyen a que el niño se sienta mejor consigo mismo y favorecen las relaciones con los demás. Algunas técnicas son la relajación muscular progresiva, Mandalas, el Yoga, la imaginación guiada o el Mindfulness.

1.3.9.3. Tratamiento psicopedagógico

El primer paso es informar al niño sobre las características del TDAH, siempre ajustando el discurso a la edad del niño.

A estos niños, por las características propias del trastorno, les cuesta organizar sus tareas; por lo que algo esencial es establecer una estructura en su vida que compense los déficits en los controles internos. Esto se puede hacer mediante agendas, aplicaciones, listas, etc.

La mayoría de los niños con TDAH poseen un bajo rendimiento escolar. Por ello, es frecuente que necesiten de apoyo pedagógico o refuerzo educativo para afianzar

técnicas instrumentales de aprendizaje (lectura, escritura y/o cálculo) y a adquirir unas adecuadas técnicas de estudio. Sin embargo, cuando esta ayuda no es suficiente y el alumno presenta dificultades para seguir el currículo ordinario debido a un retraso escolar significativo, se podrán aplicar medidas como la adaptación curricular, previo consentimiento de la familia.

2. Objetivos del Trabajo Fin de Máster

En este capítulo se determinarán los objetivos propuestos que se desean alcanzar a través de la realización de este TFM.

2.1. Objetivo general

- Formular una propuesta de intervención ajustada a las necesidades y características del alumno con TDAH ofreciendo alternativas que ayuden a mejorar la evolución del trastorno y favoreciendo el desarrollo armónico e integral del alumno.

2.2. Objetivos específicos

1. Ofrecer información y una visión global del trastorno.
2. Proporcionar a familias y docentes pautas educativas concretas para afrontar la realidad del trastorno.
3. Presentar actividades significativas y contextualizadas que ayuden al alumno a superar sus dificultades.
4. Determinar prácticas eficaces que desarrollen al máximo las potencialidades del alumnado.
5. Analizar la eficacia de las acciones establecidas ajustando y mejorando el proyecto inicial.

3. Breve fundamentación de la metodología

El marco metodológico de esta propuesta está constituido por el carácter inclusivo de la educación y el aprendizaje cooperativo. Ambos se encuentran íntimamente relacionados y se presentan como una opción válida de atención a la diversidad. Sin embargo, para comprender lo que estos enfoques implican es necesario ver cómo con el transcurso del tiempo la respuesta que desde la escuela se ofrece a las Necesidades Específicas de Apoyo Educativo (NEAE) se ha ido transformando y evolucionando.

En un primer momento, la escuela perseguía la homogeneización por lo que se excluía y segregaba al que era diferente. El alumnado con Necesidades Educativas Especiales (NEE) se separaba del aula ordinaria y se derivaba a centros especiales (Pérez, 2017).

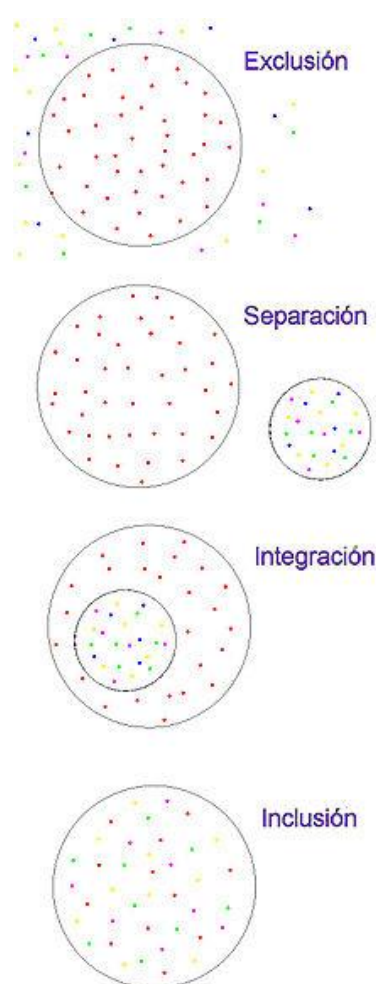
A partir de los años 70, se pretende poner fin al etiquetado y clasificación que sufrían estos alumnos a través de un modelo integrador. La integración apostaba por unificar la educación general y la especial en una única institución educativa común. Sin embargo, en la práctica se continuaban creando grupos diferenciados contribuyendo a la segregación y exclusión que trataba de transformar (Verdugo, 2011).

Como alternativa, y debido a las limitaciones que presentaba, la integración deja paso a un modelo inclusivo. La escuela inclusiva se concibe como una escuela para todos.

Es precisamente este enfoque inclusivo el que impregnará la propuesta de intervención con el caso de TDAH descrito anteriormente.

La inclusión es un método de trabajo basado en los principios de normalización, igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal que busca

Figura 2. Evolución de la atención a la diversidad



Fuente: Pérez, 2017

una mayor equidad y calidad educativa para todo el alumnado. Desde esta perspectiva, se concibe que la heterogeneidad del alumnado conlleva la construcción de aprendizajes de mayor calidad y de comunidades de aprendizaje en donde se incluyen las familias, profesionales y la comunidad (Pérez, 2017).

Verdugo (2011) señala que la escuela inclusiva se identifica con las siguientes características:

- Se dirige a todos los alumnos.
- Se centra en la resolución de problemas más que en el diagnóstico.
- Se basa en los principios de equidad, cooperación y solidaridad considerando las diferencias como una fuente de enriquecimiento de la sociedad.
- La inserción del alumnado es total e incondicional.
- Exige una transformación del sistema educativo y una ruptura con las prácticas tradicionales.
- Se centra en el aula, proporcionando los apoyos necesarios en el aula ordinaria, no ubicando al alumnado en programas específicos.

En las aulas inclusivas todos los alumnos forman parte del grupo y se valora la diversidad. Para lograr esto, es necesario promover en el alumnado la comprensión de las diferencias individuales, lo cual posibilitará el incremento de la confianza en sí mismos, el respeto mutuo y el sentido de comunidad y de apoyo recíproco en la clase.

El modelo inclusivo se basa en la creación de redes naturales de apoyo tales como la tutela a cargo de compañeros o el aprendizaje cooperativo. Pero no solo se establecen relaciones de ayuda entre el alumnado, sino que también se fomenta la cooperación profesional. De esta forma, se prioriza la cooperación y la colaboración sobre las actividades competitivas e independientes (Stainback y Stainback, 2007).

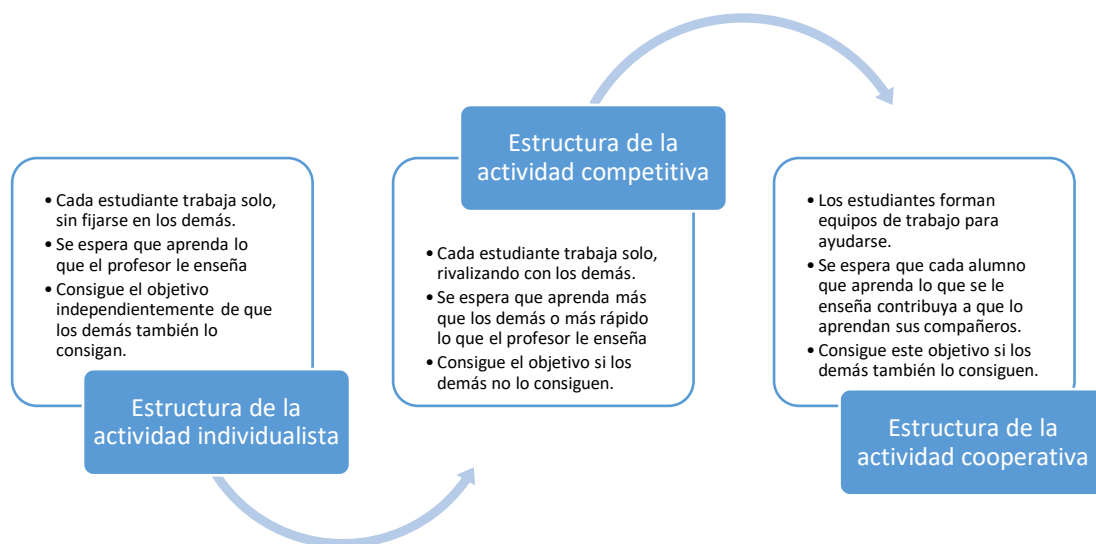
A pesar de los avances hacia la escuela inclusiva, todavía queda un largo camino por recorrer para conseguir la plena inclusión del alumnado. El objetivo de la educación inclusiva es *“alcanzar la igualdad, la participación y la excelencia para desarrollar al máximo sus potencialidades, aceptar las diferencias individuales y*

proporcionar apoyos individualizados y atención a la diversidad centrada en la persona” (Verdugo, 2011, p. 6).

De lo expuesto hasta el momento se puede extraer la relación directa que existe entre el enfoque inclusivo y el aprendizaje cooperativo, ambos van de la mano. Las escuelas inclusivas parten de una pedagogía centrada en los niños y basada en la cooperación, y constituyen el medio más eficaz para lograr una educación integral para todos (Verdugo, 2011).

Por su parte, el aprendizaje cooperativo es una “*forma de estructurar las distintas actividades formativas de las distintas áreas del currículum que propicie la interacción entre los participantes y en torno del trabajo en equipo, además, por supuesto, de basarse en la necesaria interacción entre el profesorado y los alumnos y en el trabajo individual*” (Pujolás, 2012, p.92). En este tipo de aprendizaje, los alumnos, como agentes activos, trabajan de forma colaborativa para alcanzar objetivos comunes. En este sentido, es necesario abandonar los métodos tradicionales e implantar una estructura de la actividad cooperativa en el aula donde el alumnado coopere y se ayude entre sí.

Figura 3. Estructura de la actividad



Fuente: Pujolás, 2012

Pasar de una estructura de la actividad individualista o competitiva a una cooperativa implica combinar la interacción profesor - alumno con la interacción alumno – alumno y alternar el trabajo individual con el trabajo en equipo. Esta transición es esencial para construir un sentido de comunidad en el aula.

4. Desarrollo del proyecto

Este capítulo está destinado a contextualizar el caso expuesto analizando la situación del niño y su entorno familiar y escolar. A partir de esta realidad, se diseñará la intervención indicando los objetivos y contenidos de la misma, el marco legislativo, la temporalización y su evaluación. Se finalizará el apartado aportando estrategias y actividades concretas para llevar a cabo con el alumno, la familia y el equipo docente.

4.1. Recogida de Información y Análisis

Tal y como se ha descrito en el primer apartado de este TFM, el sujeto objeto de intervención es un niño de 9 años con un TDAH de tipo combinado. Retomando esa información, señalar que se trata de un niño que muestra múltiples conductas disruptivas derivadas de la falta de autocontrol y el exceso de movimiento. Así mismo, presenta un bajo rendimiento a consecuencia de dificultades para mantener la atención y lograr la concentración necesaria para ejecutar las acciones establecidas. Todo ello, repercute negativamente en su autoestima y en sus interacciones con los demás.

El trastorno ha sido diagnosticado por el SERGAS y se ha realizado una evaluación psicopedagógica desde el centro educativo confirmando la presencia de dichas necesidades. Para la evaluación psicopedagógica se ha empleado la escala Conners para padres y docentes, una entrevista con la familia, el tutor y resto de docentes que atienden al niño y los criterios diagnósticos del DSM-V (APA, 2014).

La convivencia diaria con este niño resulta complicada ya que, tal y como se observa en el aula, está en constante acción, transgrede las instrucciones y reacciona de forma impulsiva ante determinadas situaciones. A todo ello, se le añade las dificultades atencionales y los problemas escolares e interpersonales. Sin embargo, no solo hay que centrarse en los aspectos negativos, sino que también es necesario resaltar sus fortalezas. De tal forma, que este niño destaca por su alta energía destacando en aspectos como los deportes, una buena memoria visual y su capacidad creativa.

Las dificultades que presenta el niño con TDAH van a influir en su contexto inmediato. A continuación, se analizará el contexto familiar y escolar para recadar mayor información y proporcionar una intervención global

4.1.1. **Ámbito familiar**

Afrontar un diagnóstico de TDAH no siempre es una tarea fácil para la familia y cada persona vive ese proceso de manera diferente. Existen familias que manifiestan sentimientos de alivio al lograr poner nombre a la problemática de su hijo y así poder recibir ayuda ajustada a sus necesidades. Sin embargo, es más común que las familias reaccionen con miedo, angustia, culpa y/o negación (Isorna, 2015). Es necesario que la familia supere estos sentimientos y acepte el trastorno para poder contribuir al desarrollo integral de su hijo.

A menudo los padres tardan en identificar el TDAH debido a que confunden los síntomas del trastorno con características propias de sus hijos definiéndolos como desobedientes, vagos o irresponsables (Korzeniowsk, C. y Ison, S., 2008). Junto a esta percepción, aparece una incapacidad para manejar al niño. Es aquí, cuando se produce un sentimiento de frustración e impotencia, el cual pretende ser mitigado a través del castigo como mecanismo para controlar al niño. Todo ello, provoca una conflictividad familiar definida por las críticas, amenazas, reproches, etc. que dañan la convivencia. (Korzeniowsk, C. y Ison, S., 2008). Las expectativas que los padres tengan sobre su hijo van a ser un factor a tener en cuenta.

Esta situación afecta de forma negativa tanto al niño como a la familia. Por un lado, el niño asocia estas circunstancias con una falta de comprensión y afecto por parte de sus padres, lo cual perjudica su desarrollo. Por otro lado, la familia experimenta una sensación de frustración, tristeza, culpa, baja competencia parental y baja autoestima (Korzeniowsk, C. y Ison, S., 2008). En consecuencia, la relación padres – hijo queda afectada y debilitada.

Figura 4. Influencia del TDAH en la familia



Fuente: Isorna. 2015

Un último aspecto a tratar son los estilos parentales. En cierto modo, la elección de los padres del tipo de disciplina empleada va a condicionar y a repercutir en esta convivencia familiar. Es necesario señalar que el estilo democrático es el que mejores resultados tendrá en el desarrollo de cada uno de los miembros de la familia y en la cohesión de la misma (Isorna, 2015).

La unidad familiar de este niño está compuesta por él y sus padres. Ambos padres poseen estudios superiores y trabajan fuera del domicilio; a pesar de sus ocupaciones laborales, participan activamente en la educación de su hijo y se muestran colaboradores con el centro educativo. La familia se encuentra preocupada y angustiada por la situación, llegando incluso a actitudes muy sobreprotectoras y controladoras sobre el niño. Intentan entender el trastorno y ayudar a su hijo, pero es frecuente que aparezcan discusiones y reprimendas hacia el niño ante determinados comportamientos generando tensión en el ambiente familiar. Es un niño muy sensible y comprometido con las personas significativas para él, especialmente con la madre, por lo que estas situaciones le afectan especialmente. Debido a la preocupación ante el bajo rendimiento académico, la familia ha decidido que el niño asista dos veces a la semana a clases particulares para reforzar sus estudios.

4.1.2. **Ámbito escolar**

La escuela, junto con la familia, es un contexto privilegiado para la intervención y desarrollo adecuado del niño. La escolarización de un niño con TDAH suele ocasionar perturbaciones en el aula y dificultar la convivencia escolar. El entorno escolar es donde los síntomas del TDAH se presentan con más intensidad y donde sus efectos son más visibles (Jarque, 2017).

Es probable que los docentes no cuenten con la formación ni los recursos necesarios para abordar este trastorno; por lo que, en general, el equipo docente que interviene con este alumno, y en especial el tutor, se encuentra desbordado y sobrepasado por la situación.

Los métodos educativos tradicionales no se adaptan a las necesidades del alumno con TDAH y es común que se recurra a las prohibiciones, castigos y llamadas de atención en público para corregir al niño. Pero estas técnicas no son efectivas, sino todo lo contrario, empeoran la situación y generan un número mayor de problemas que de beneficios (Korzeniowsk, C. y Ison, S., 2008).

Además, el alumno con TDAH posiblemente sea etiquetado como el alumno problemático o difícil de la clase repercutiendo y agravando aún más sus dificultades. Este hecho puede provocar que sea rechazado por sus compañeros o convertirlo en el líder del grupo debido a sus continuos desafíos en el aula.

En este caso concreto, el niño es acogido y querido por todos sus compañeros. A pesar de ello, en ocasiones se generan conflictos debido a su impulsividad durante la jornada escolar. De tal forma, que el profesorado tiende a sentarlo de forma individual en las clases para evitar posibles distracciones y molestias a sus compañeros. Suele mostrar dificultades para seguir las clases y realizar o terminar las tareas asignadas necesitando de continua revisión y una ayuda externa para focalizar su atención, especialmente en las materias instrumentales debido a sus dificultades en la lectura, escritura y problemas matemáticos.

4.2. **Fundamentación y diseño**

A lo largo de este apartado se establecerán los objetivos que se pretenden conseguir como consecuencia de la intervención psicopedagógica; así como los contenidos que se van a abordar en la misma. Posteriormente, se realizará un breve marco legislativo estableciendo la normativa que regula la intervención haciendo especial

hincapié en las referencias legislativas a la atención a la diversidad. A continuación, se determinará el cronograma de la intervención estableciendo en él 6 fases claramente diferenciadas. Se cerrará el apartado haciendo referencia al proceso de evaluación.

La intervención que se propone tiene como principio la globalidad del niño y se fundamenta en sus dificultades y necesidades educativas recogidas en el anterior apartado. Necesidades estructuradas en la evaluación e informe psicopedagógico elaborado por el centro educativo. Pretende responder a la realidad del niño, de la familia y de la escuela a través de una intervención global y el compromiso de todos los agentes implicados. Por todo ello, la intervención que se plantea a continuación es susceptible de modificaciones y ajustes en función de las oportunidades del entorno y las necesidades del niño.

4.2.1. Objetivos de la intervención

- Aumentar la atención y mejorar el rendimiento académico.
- Incrementar el autocontrol.
- Favorecer una mayor autoestima.
- Reducir el estrés familiar y mejorar el ambiente en clase.

4.2.2. Contenidos

- Entrenamiento de la capacidad de atención
- Técnicas cognitivo - conductuales
- Técnicas de modificación de conducta
- Técnicas de trabajo colaborativo
- Lenguaje apreciativo

4.2.3. Marco legislativo

La diversidad es una característica intrínseca de los grupos humanos, ya que cada persona tiene un modo especial de pensar, de sentir y de actuar, independientemente de que, desde el punto de vista evolutivo, existan unos patrones

cognitivos, afectivos y conductuales semejantes. Por lo que, la atención a la diversidad hace referencia todas aquellas actuaciones que busquen dar respuesta a las diferentes características y necesidades, ritmos y estilos de aprendizaje, motivaciones, intereses y situaciones sociales y culturales del alumnado tal y como señala el Decreto 229/2011, del 7 de diciembre, por el que se regula la atención a la diversidad del alumnado de los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Galicia.

Actualmente, el sistema educativo español se encuentra regulado por la Ley orgánica 2/2009 del 3 de mayo de educación (LOE) y las modificaciones introducidas por la Ley orgánica 8/2013 de 9 de diciembre para mejora de la calidad educativa (LOMCE). Esta normativa apunta que el alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo (NEAE) es aquel que requiere una atención educativa diferente a la ordinaria por presentar necesidades educativas especiales, por dificultades específicas de aprendizaje, TDAH, por sus altas capacidades intelectuales, por haberse incorporado tarde al sistema educativo, o por condiciones personales o de historia escolar.

De tal forma, se puede afirmar que el sujeto al que se dirige este proyecto de intervención es un alumno con NEAE por presentar TDAH. La atención al mismo comenzará en el momento en que dicha necesidad sea identificada y se regirá por los principios de normalización e inclusión recogidos en la LOE-LOMCE. Otros principios que deben impregnar las actuaciones previstas son los principios de equidad, igualdad de oportunidades y no discriminación, flexibilidad y accesibilidad, interculturalidad y promoción de la convivencia, autonomía de los centros docente y participación de toda la comunidad educativa.

Una vez identificado el tipo de necesidad que presenta el alumno y los principios por los que se va a guiar la intervención, cabe señalar que del Decreto 229/2011, del 7 de diciembre, ya mencionado anteriormente, diferencia entre medidas ordinarias y medidas extraordinarias de atención a la diversidad.

Las medidas ordinarias corresponden a aquellas que faciliten la adecuación del currículo prescriptivo, sin alteración significativa de sus objetivos, contenidos y criterios de evaluación, al contexto sociocultural de los centros educativos y a las características del alumnado. Entre estas medidas se encuentran las siguientes:

- Adecuación de la estructura organizativa del centro (horarios, agrupamientos, espacios) y de la organización y gestión del aula a las características del alumnado.
- Metodologías basadas en el trabajo colaborativo en grupos heterogéneos, tutoría entre iguales, aprendizaje por proyectos y otras que promuevan la inclusión.
- Adaptación de los tiempos e instrumentos o procedimientos de evaluación.
- Refuerzo educativo y apoyo del profesorado con disponibilidad horaria.
- Desdoblamientos de grupos.
- Programas de refuerzo en las áreas instrumentales básicas
- Programas de habilidades sociales.

Por otro lado, están las medidas extraordinarias dirigidas a dar respuesta a las necesidades educativas del alumnado con NEAE que pueden requerir modificaciones significativas del currículo y/o cambios esenciales en el ámbito organizativo, así como, de ser el caso, en los elementos de acceso al currículo o en la modalidad de escolarización. Entre estas medidas destacan las que se enumeran a continuación:

- Adaptaciones curriculares.
- Apoyo del profesorado especialista en pedagogía terapéutica y/o en audición y lenguaje.
- Flexibilización de la duración del período de escolarización.

Para la aplicación de este segundo grupo de actuaciones será preciso la autorización de la dirección del centro educativo, del servicio de inspección educativa, de la jefatura territorial o de la dirección general y, si es el caso, informe justificativo del servicio de orientación. Además, el Decreto 229/2011, del 7 de diciembre, indica que se priorizarán las medidas de carácter ordinario y normalizador y que las de carácter extraordinario solo se llevarán a cabo una vez agotadas las anteriores o por resultar estas insuficientes.

4.2.4. Cronograma

La intervención se realizará a lo largo de todo el curso mediante acciones dirigidas al niño, a la familia y al profesorado.

Respetando el carácter inclusivo de la educación las intervenciones con el niño se realizarán dentro del grupo ordinario. De tal forma que aunque tengan como objetivo el niño con TDAH, el resto de sus compañeros también se puedan beneficiar de la misma.

Se contará con el apoyo del profesor especialista en pedagogía terapéutica que acudirá al aula ordinaria a modo de refuerzo en las áreas instrumentales (matemáticas y lengua), así como durante la hora semanal de tutoría para realizar sesiones de intervención.

La intervención se estructura en 6 fases tal y como se muestra en la Tabla 6 y un total de 48 sesiones.

La primera parte de la intervención consta de 16 sesiones y se dirige a crear canales de comunicación entre los agentes implicados dedicándole 2 sesiones de 1 hora cada una; la formación del profesorado con un total de 6 sesiones de 1 hora y media; y a la formación de la familia, a la que se destinarán, por un lado, 2 sesiones de 1 hora con el orientador, y por otro, las actividades formativas de la escuela de padres que se prolongarán durante el primer trimestre con 2 sesiones mensuales de 2 horas de duración.

La segunda parte, se centra especialmente en el niño y se desarrollará durante los dos primeros trimestres escolares dedicándole un total de 26 sesiones de 1 una hora semanal. Para estas sesiones se utilizará la hora de tutoría y se alternará una sesión dedicada a potenciar las habilidades atencionales y otra sesión a técnicas cognitivo-conductuales y de relajación.

Finalmente, la tercera parte, consiste en la evaluación del propio plan de intervención mediante entrevistas con la familia y el tutor realizadas 1 vez al trimestre.

Tabla 6. Cronograma

Fases	Temática	Contenidos	Sesiones
Fase 1	Creación de una alianza entre el niño, la familia, el tutor y el Equipo de Orientación.	Realización de entrevistas en las que se creará un clima de cooperación y coordinación.	2 sesiones
Fase 2	Formación del equipo docente en TDAH.	Impartición de formación por parte del CAFI y CEFORE.	6 sesiones repartidas en 3 sesiones semanales.
Fase 3	Formación de las familias.	Entrevista con la familia aportando información concreta sobre el trastorno, pautas de actuación y actividades.	2 sesión
	Creación de la escuela de padres.	Entrenamiento en técnicas de modificación de conducta. Estrategias para la convivencia familiar. Promover la participación de la familia en el proceso educativo del niño.	2 sesiones al mes.
Fase 4	Potencialización de la atención	Actividades y estrategias para favorecer la atención	1 sesión cada 15 días (hora de tutoría)
Fase 5	Técnicas de autocontrol	Técnicas de cognitivo-conductuales Técnicas de relajación	1 sesión cada 15 días (hora de tutoría)
Fase 6	Evaluación, seguimiento y feedback	Evaluación de las acciones de intervención, el impacto en el niño y ajuste del programa de intervención	6 sesiones

4.2.5. Evaluación

El seguimiento de las acciones llevadas a cabo es un proceso imprescindible para conocer la utilidad de las mismas y para generar posibles ajustes o mejoras. Por lo tanto, las distintas intervenciones que se realicen estarán sometidas a evaluación. Las fechas más comunes para realizar las sesiones de evaluación son los últimos días del curso, y especialmente en el alumnado que cambia de etapa (Bassedas, et al. 2012).

Esta evaluación no solo está planificada para ejecutarse al finalizar el proceso de intervención sino que se trata de un proceso paralelo y simultáneo a la propia intervención. Se pretende así poner en práctica una evaluación continua, final y formativa a través de un trabajo conjunto entre todas las personas implicadas con la finalidad de evaluar la adecuación del programa elaborado, ajustar las acciones de intervención a los cambios de la demanda inicial y la evolución del alumno y decidir las actuaciones futuras.

La evaluación del proceso de intervención se realizará principalmente a través de la observación en clase del alumno y las entrevistas tanto con el docente como con la familia. (Bassedas, et al. 2012)

La observación se realizará de forma sistemática y se plasmará en una hoja de registro de tal forma que permita comprobar los avances y/o dificultades que manifiesta el alumno.

Por otro lado, en las entrevistas con el docente-tutor se evaluará cada uno de los elementos del plan de trabajo. A partir de estas entrevistas se diseñarán nuevas orientaciones, que serán a la vez el punto de partida de la próxima reunión de seguimiento. También, se establecerán entrevistas con las familias para completar esta información.

Otro aspecto a tener en cuenta, es el hecho de que varios profesionales trabajan con el niño al mismo tiempo. Por ello, se establecerán reuniones periódicas para intercambiar impresiones y unificar criterios de actuación.

Finalmente, se volverán a pasar algunos instrumentos de diagnóstico como la escala Connors para padres y profesores con el fin de contrastar la información recogida al inicio de la intervención con los datos derivados del impacto de las acciones de intervención.

Además, al finalizar el curso académico se realizará un informe resumen sobre la situación del alumno con TDAH proporcionando una visión global del caso. Este servirá para asegurar que con el cambio de curso el nuevo maestro tenga toda la información necesario, así como para establecer las previsiones para el año siguiente. (Bassedas, et al., 2012).

4.3. Intervención

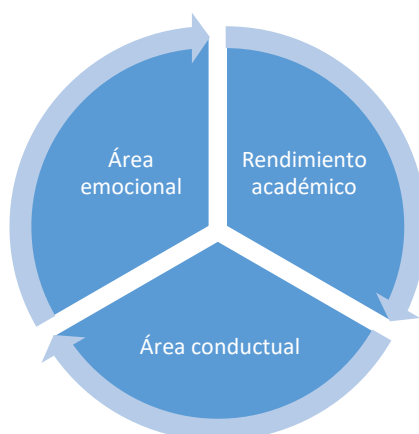
Antes de nada, señalar que la intervención se dirige al niño y a los contextos en el que éste se desarrolla, es decir, una intervención centrada en el niño, la familia y el colegio tal y como se expone a continuación.

4.3.1. Intervención con el niño

La intervención va a generar una serie de cambios que afectan al niño, tanto en su rendimiento académico como conductual y emocional. Además, constituye una adaptación de los adultos (profesores y padres) al niño y una mejora en el

funcionamiento del niño que le permita adaptarse a las exigencias del entorno. (Abad-mas, 2013).

Figura 5. Áreas de intervención



Fuente: Abad-mas, 2013

4.3.1.1. Rendimiento académico

Los niños con TDAH suelen manifestar problemas en la lectura, la escritura y las matemáticas. Es posible que estos problemas sean derivados de déficits de aprendizajes concretos, por lo que será necesario ofrecer programas de refuerzo educativo para mejorar esas habilidades. Sin embargo, lo más frecuente es que su bajo rendimiento académico no esté relacionado con su capacidad de escribir, leer o resolver problemas matemáticos, sino que las dificultades se presentan a la hora de atender a instrucciones y concentrarse en la lectura y/o escritura. A este segundo grupo de niños se va a dirigir la intervención.

En las próximas líneas se establecen una serie de estrategias destinadas al docente para poner en práctica en el aula y vinculadas con la lectura, la escritura y las matemáticas.

4.3.1.1.1. Estrategias relacionadas con la lectura

- Resaltar (rodear, subrayar...) palabras claves en el enunciado de las actividades para facilitar su ejecución.
- Proponerle al niño textos cortos, interesantes, con ilustraciones, atractivos o escogidos por el propio niño para motivarle a leer.

- Realizar lecturas compartidas con el educador y sus compañeros. Es beneficioso informarle que parte del texto tendrá que leer, así podrá realizar un entrenamiento sobre el mismo reduciendo los errores y aumentando la seguridad en sí mismo.
- Uso de la lectura cronometrada para incrementar la velocidad lectora. Se le proporcionará un texto que deberá leer 3 veces en un tiempo establecido y se registrará la cantidad de palabras leídas en cada ocasión. En la tercera vez leerá un número de palabras mayor que las anteriores lo que motivará al niño y fortalecerá su autoestima.
- Utilizar un cartón u otro objeto que se coloque bajo las líneas del texto a medida que se va leyendo con el fin de evitar las pérdidas.

4.3.1.1.2. Estrategias relacionadas con la escritura

- Repasar las producciones empleando el deletreo. Esta estrategia debe usarse en textos cortos debido al esfuerzo que le supone al niño.
- Practicar la ortografía de palabras frecuentes haciendo más hincapié en los aciertos que en los errores.
- Revisar las producciones escritas señalando los aciertos y resaltándolos con marcadores fluorescentes o subrayándolos y contabilizarlas en un registro.
- Fortalecer la memoria visual asociando palabras a dibujos, juegos como el ahorcado o elaborar diccionarios propios.

4.3.1.1.3. Estrategias relacionadas con las matemáticas

- Subrayar los datos claves en los problemas matemáticos para una mejor comprensión.
- Para identificar la operación a realizar en la resolución de problemas se pueden usar las siguientes asociaciones:

Sumar = poner cosas (+)

Restar = sacar cosas (-)

Multiplicar = poner cosas (+) muchas veces (X)

Dividir= repartir cosas (:)

- Asignar un color a cada signo para evitar confusiones en las operaciones debido a la falta de atención o por impulsividad.

(+) de color verde

(-) de color rojo

(X) de color azul

(:) de color naranja

- Manipular materiales o dibujar los datos para mejorar la comprensión matemática.
- Supervisión constante para anticipar y prevenir situaciones que pueden ocasionar un problema. Mirarlo a menudo, tocarle la espalda, pasar a su lado para comprobar que ha comenzado la tarea...

Otra estrategia que se pueden emplear es la técnica de las autoinstrucciones. Es una técnica cognitivo - conductual que utiliza el lenguaje interno para regular la propia conducta (Isorna, 2015). Para su aplicación es preciso seguir una serie de pasos (paro, miro, decido, sigo y repaso) que el niño deberá interiorizar y poner en práctica cada vez que se enfrente a la realización de una determinada tarea (Mena et al., 2011). Esta técnica será aprendida a través de un entrenamiento guiado por el adulto mediante 5 fases: modelado cognitivo (el adulto realiza la tarea mientras se habla a sí mismo en voz alta), guía externa manifiesta (el niño realiza la tarea bajo las instrucciones del adulto), autoinstrucción manifiesta (el niño realiza la tarea bajo instrucciones para sí mismo en voz alta), autoinstrucción manifestada atenuada (el niño realiza la tarea mientras se susurra autoinstrucciones) y autoinstrucción encubierta (el niño realiza la tarea mientras guía su actuación a través de instrucciones internas).

A continuación, se presentan una serie de actividades destinadas a ejercitar las funciones cognitivas en el niño con TDAH. Como se ha descrito, este niño manifiesta problemas para mantener la atención de forma prolongada y dificultades en el control de su impulsividad, lo que repercute en el rendimiento académico, las

relaciones personales y en su autoestima. Las actividades que se proponen tienen un carácter lúdico y motivador para el niño y su finalidad es el aumento de la capacidad de atención, favorecer el autocontrol y la motivación para su realización. Además, pueden realizarse en parejas o grupo propiciando actitudes cooperativas y promoviendo la interacción y relación con sus iguales. Todas estas habilidades, ejercitadas en dichas actividades, se transferirán y aplicarán a actividades y tareas de la vida diaria del niño.

1. Laberintos.

Esta actividad se presenta idónea para el caso descrito ya que a través de ella se contribuye a aumentar el nivel de atención y concentración del niño. La realización de laberintos conlleva un ejercicio de control de la impulsividad y búsqueda de soluciones lógicas al dedicar tiempo a seleccionar el camino alternativo más adecuado. Asimismo, motiva al niño a terminar la actividad propuesta manteniendo el esfuerzo durante el tiempo que esta dure hasta encontrar la salida.

Además de los beneficios señalados, también favorecen la planificación ya que obligan a establecer un plan que suele comenzar por localizar el punto de entrada y de salida, anticiparse a las calles sin salida y retroceder si es necesario. Esta capacidad de planificación se encuentra muy vinculada al uso de autoinstrucciones.

Los laberintos consisten en realizar un recorrido desde un punto de entrada hasta otro de salida, ofreciendo rutas alternativas pero solo una de ellas es la correcta. Es una actividad que se puede ir adaptando a medida que el niño va evolucionando debido a que existen laberintos de diferentes niveles de dificultad.

2. Puzles.

Al igual que los laberintos permiten trabajar la capacidad de concentración siendo necesario que el niño focalice su atención en los detalles de la imagen presentada. Mediante la realización de puzles se trabaja la impulsividad representada principalmente por la espera ante la dificultad de encontrar la pieza idónea. Finalmente, tienen un efecto positivo sobre la autoestima infantil gracias a la satisfacción experimentada una vez superada la actividad.

Un beneficio extra de los puzles es que fomenta el pensamiento estratégico ya que el niño pondrá en práctica diferentes estrategias para llegar al objetivo propuesto, la resolución del puzle. Esto es muy útil para extrapolar a actividades escolares tales como la solución de problemas matemáticos.

La realización de puzzles es una actividad que consiste en ensamblar piezas siguiendo un orden lógico o en base a un modelo dado. Para que la actividad no se vuelva monótona se pueden alternar diversos tipos de puzzles desde los más tradicionales con sus piezas para encajar hasta las versiones como el Cubo de Rubik, el Tangram o la Torre de Hanoi.

3. Memory.

Es un juego que trabaja especialmente la capacidad de atención y la memoria de trabajo. Dos habilidades fundamentales a la hora de enfrentarse a las tareas escolares.

Es un juego que consiste en formar parejas de dibujos, palabras u otros símbolos a través de tarjetas colocadas boca abajo. Además, se pueden escribir en una hoja las parejas encontradas favoreciendo una escritura correcta, el aumento del vocabulario y en función de la temática del Memory trabajar de forma lúcida contenidos teóricos de las diferentes asignaturas.

4. Actividades go –no go.

También denominadas hacer - no hacer, son indicadas para estimular en el niño la inhibición y la flexibilidad cognitiva. De esta forma, se favorecerá en el niño su capacidad de autocontrol. Además, si se cronometran se añadirá una motivación extra al niño, se trabajará la velocidad de procesamiento y se fomentará la autoestima ya que es frecuente que en la tercera vez que se realice la misma actividad el tiempo invertido por el niño será menor que al principio.

Estas actividades consisten en asociar un estímulo a una respuesta a menudo contrarios entre sí. Por ejemplo, si el docente dice azul el niño debe responder verde.

5. Ajedrez.

Diversos estudios avalan sus beneficios en casos de TDAH ya que permite trabajar gran parte de los síntomas presentes en este trastorno. Jugar al ajedrez exige estar sentado, ejercita la toma de decisiones, sanciona la impulsividad y favorece la atención, la anticipación y la planificación. Posiblemente sea una de las actividades más completas para abordar los síntomas cognitivos del TDAH (Jarque, 2017).

4.3.1.2. Comportamiento

Entre las estrategias para mejorar la conducta y comportamiento del niño se encuentran las tutorías individualizadas de unos 10 minutos. Éstas servirán para que el niño sepa qué es lo que se espera de él y pactar consignas con el fin de mejorar su comportamiento. Se plantean como un espacio de comunicación positiva para el niño (Mena et al., 2011).

Una de las técnicas que se van a emplear son los contratos. Los contratos de contingencias se refieren a unos acuerdos que firman los adultos y el niño comprometiéndose ambas partes a cumplir lo acordado (Isorna, 2015). Se detallan tanto las recompensas por su cumplimiento como las consecuencias negativas que se deriven de su incumplimiento. En este caso, las recompensas deben ser importantes para el niño y negociadas previamente con él.

Otras técnicas para el control del comportamiento son el tiempo fuera, la economía de fichas y la técnica de la tortuga.

El tiempo fuera es un procedimiento en el que se saca al niño de la situación en la que está inmerso cuando aparece una conducta no adecuada. Antes de aplicar el aislamiento se avisará al niño para intentar que sólo con la aclaración verbal se pueda controlar la conducta. Tras el tiempo de aislamiento, 1 minuto por año aproximadamente, se le invitará a seguir participando en la actividad (Isorna, 2015).

La economía de fichas consiste en el uso de fichas para reforzar las conductas deseadas. Estas fichas posteriormente se intercambiarán por actividades agradables, cosas u objetos. Al mismo tiempo, las conductas indeseables supondrán la pérdida de fichas. Previo a su aplicación se debe establecer el valor de las fichas, las reglas del intercambio y las condiciones de su consumo.

La técnica de la tortuga pretende enseñar al niño a controlar su agresividad, analizar las situaciones y a responder a las mismas de forma autocontrolada. Resulta muy práctico enseñar la técnica de la tortuga a los niños en forma de historia. El entrenamiento de esta técnica se desarrolla en 4 fases (Isorna, 2015).

- Fase 1.- Modelado. Se enseña al niño a responder a la palabra tortuga cerrando los ojos, pegando los brazos al cuerpo, bajado la cabeza al mismo tiempo que la mete entre los hombros, y replegándose como una tortuga en su caparazón.

- Fase 2.- Entrenamiento de relajación. Se entrena al niño en una técnica de relajación tensando los músculos cuando está en la posición de tortuga y relajándolos después.
- Fase 3.- Solución de problemas. Se identifica la situación problemática y se establecen las diferentes alternativas para finalmente elegir la más adecuada.
- Fase 4.- Generalización. Aplicarla en diferentes situaciones y contextos.

A continuación se expondrán una serie de actividades de relajación cuyo objetivo es combatir la ansiedad y trabajar el control de impulsos (Osorio, 2015). Las técnicas de relajación pretenden ayudar al niño a controlarse ante situaciones que le provoquen comportamiento problemáticos. Las primeras se basan en el control de la respiración y al final se hará referencia a una técnica basada en la contracción muscular.

1. El país del silencio.

En este juego el aula se convertirá en el país del silencio y el alumnado deberá desplazarse por ella sin hacer ruido y controlando su respiración.

2. El cuento de los tres cerditos.

Consiste en imitar al lobo feroz del cuento y para ello se intentará mover mediante el soplo diferentes objetos. Se comenzará con objetos más pesado y posteriormente aquellos más ligeros.

3. ¿Cómo respira el ratón y el elefante?.

El ratón es un animal pequeño y por tanto respira despacio y lentamente, mientras que el elefante es grande y respira de forma rápida y fuerte. Imitaremos el soplo de ambos animales y se trabajará las diferentes intensidades del soplo.

4. Soy un globo.

El niño será un globo que se infla y se desinfla. Mediante este juego se practicará la inspiración y la expiración.

5. Mi corazón hace bum-bum.

Consiste en sentir los latidos del corazón. Se comparará como late el corazón en cuando el cuerpo está en reposo junto a una lenta respiración apenas perceptible y como lo hace tras un periodo de activada acompañado de una respiración acelerada. Esto no solo ocurre cuando se realiza ejercicio, sino que el niño debe ser consciente que también sucede cuando se pone nervioso y de ahí la necesidad de relajarse.

6. Tengo un globo en mi barriga.

El niño se tumba en el suelo y coloca un objeto sobre la barriga. A continuación, hincha y deshincha su barriga de aire como de un globo se tratase y observa como el objeto sube y baja.

7. Técnica de relajación de Koeppen.

Esta técnica se realiza a través de ejercicios de tensión y relajación de los diferentes grupos musculares. Se establece una secuencia que comienza por grupos musculares de las manos y los brazos, brazos y hombros, hombros y cuello, mandíbula, cara, nariz y frente, estómago y termina por las piernas y pies. Una vez trabajados todos los grupos musculares, se puede concluir con ejercicios de respiración o de visualización de imágenes. Por ejemplo, se le pedirá al niño que piense en un lugar en donde se sienta cómodo y tranquilo y se quedará en ese lugar varios minutos hasta que se sienta totalmente relajado.

4.3.1.3. Autoestima

Los continuos fracasos a los que se encuentran sometidos los niños con TDAH, crea en ellos una inseguridad tanto a la hora de realizar cualquier tipo de tarea, como en sus relaciones sociales. Estas inseguridades las suelen justificarlas por factores extrínsecos, por lo que piensan que no pueden ser controlados por ellos mismos. Sus miedos e inseguridades generan una baja autoestima (Isorna, 2015). La autoestima se relaciona con la valoración que una persona tiene de sí misma. Muchos niños con TDAH son objeto comentarios negativos, son etiquetados y se valoran a sí mismo más negativamente que los demás.

Algunas estrategias para favorecer su autoestima se exponen a continuación.

- Aceptar al alumno con TDAH tal y como es.

- Identificar sus esfuerzos y elogiarlo cuando realiza las cosas bien.
- Ofrecerle un mayor grado de confianza en su persona y en sus competencias
- Emplear un lenguaje apreciativo y mensajes positivos.
- Evitar la acusación, la ridiculización y la falta de respeto
- Potenciar actividades que fomenten la integración social del niño en el grupo-clase (trabajos en grupo, dinámicas, juegos...)

Una de las técnicas que se utilizan en este sentido consiste en combinar el refuerzo positivo y el negativo (Isorna, 2015). El refuerzo positivo conlleva ofrecer una consecuencia positiva inmediatamente después de que se produzca una conducta que se quiere incrementar. Esto requiere que los adultos presten atención a las conductas adecuadas que a veces pasan desapercibidas, lo que le hará sentir bien al niño. Para recompensar el comportamiento se pueden utilizar los elogios y/o premios, así como el refuerzo social. En el otro lado de la balanza, se encuentra el refuerzo negativo. Este consiste en eliminar un objeto o situación desagradable debido a una conducta deseada.

A continuación se exponen dos técnicas de trabajo en equipo cuyo objetivo es implantar una estructura cooperativa en el aula que favorezca la integración del niño con TDAH en el grupo y aumente su seguridad y confianza en sí mismo.

La primera de estas técnicas corresponde a la tutoría entre iguales. Para ello, sentaremos al alumno con TDAH al lado de otro alumno que le preste ayuda a sus demandas. Es una estructura de trabajo cooperativa basada en la cooperación entre parejas de alumnos. No se trata que el alumno que ejerza de tutor ofrezca la solución de las tareas, sino que sirva de guía del alumno con TDAH.

Otra técnica es la de lápices al centro, la cual se utiliza para llegar a un consenso sobre la respuesta a determinadas tarea planteadas en el aula. El docente entrega a cada miembro del equipo una hoja con las cuestiones o problemas que deben resolver. El equipo coloca los lápices en el centro de la mesa mientras debate y dialoga cual es la respuesta adecuada. Una vez que llegan a un consenso y se aseguran que todos los miembros del equipo han comprendido como resolver dicha cuestión, cogen los lápices y cada uno ordena las ideas y las plasma en su hoja de ejercicios. Este proceso se seguirá con cada una de las cuestiones planteadas. Con

esta técnica cooperativa se trabajará la interacción, la responsabilidad individual y la interdependencia positiva.

4.3.2. Intervención y orientaciones para las familias

La familia es un importante agente de socialización y educación del niño y por tanto un pilar fundamental en la intervención. Una vez que ésta ha aceptado el trastorno comienza la búsqueda de información y formación. Los padres necesitan un diagnóstico temprano, información clara sobre el TDAH, asesoramiento sobre el tratamiento e instrucciones específicas sobre pautas de actuación (Isorna, 2015).

Es frecuente que las dificultades de la familia vengan provocadas por una incapacidad de los padres sobre el manejo y educación de su hijo con TDAH. Por ello, una de las estrategias que se emplea desde el centro educativo es la creación de una Escuela de Padres y Madres para el desarrollo de las capacidades parentales, y así favorecer la comprensión sobre el trastorno, proporcionar estrategias para cambiar conductas y mejorar la relación con sus hijos.

Como ya se ha mencionado con anterioridad, la familia actuará como co-terapeuta en la intervención; por ello, es necesario el entrenamiento de los padres en el manejo y control de la conducta de su hijo; lo cual, de forma paralela, mejorará la convivencia familiar (Luis Abad-Mas et al., 2013).

Otra estrategia es poner a los padres en contacto con asociaciones de TDAH del entorno. Estas asociaciones proporcionarán otro punto de vista de la situación y ayudarán a los padres a sentirse menos solos ante el problema (Orjales, 2009).

Convivir con un niño con TDAH puede llegar a ser muy agotador y estresante para la familia. Cuando este estrés es continuado se une a un sentimiento de preocupación sobre su futuro, el desgaste puede ser notable. Ante esta situación, se ofrecerá apoyo emocional a la familia, e incluso, aconsejar acudir a un psicólogo (Orjales, 2009).

A continuación se presenta una serie de orientaciones generales para la familia:

- Establecer unas normas y expectativas claras y consistentes.
- Crear rutinas estables y predecibles para estructurar el tiempo y favorecer la autonomía del niño.

- Poner por escrito en un lugar visible lo que se espera de él (actividades semanales, horarios, obligaciones...)
- Identificar los puntos fuertes del niño y potenciarlos, reconocer sus esfuerzos y potenciar su autoestima.
- Reservar un tiempo diario de calidad para dedicarlo al niño. Debe ser un tiempo libre y de juego.
- Promover juegos y actividades que estimulen la atención y disminuyan la impulsividad.
- No activar al niño con su comportamiento y evitar un control excesivo.
- Favorecer el contacto controlado con otros niños

Una de las recomendaciones para los padres es involucrar al niño en otro tipo de actividades diferentes de las propias de la escuela en base a sus gustos personales. Algunas de estas actividades pueden ser la música, el baile o el teatro. De entre todas ellas destaca el deporte. Practicar algún tipo de deporte de forma regular y organizada es muy beneficioso, y sobre todo si se realiza en un club o escuela deportiva con una estructura de entrenamientos o la participación en competiciones (Jarque, 2017). Para un niño con TDAH esto supone aprender a cumplir y respetar unas normas en un contexto más lúdico, asumir instrucciones, potencia la autonomía o desarrolla valores como la amistad, el trabajo en equipo o el esfuerzo. Por ello, los deportes tales como el fútbol, baloncesto, tenis, natación o atletismo, son un tipo de actividad privilegiada que para estimular la atención, la planificación, la anticipación, la memoria de trabajo, la flexibilidad e inhibición, controlar la impulsividad y disfrutar desde el punto de vista emocional (Jarque, 2017).

4.3.3. Intervención y orientaciones para el profesorado

Al igual que ocurre con la familia, el profesorado también debe de tener información y formación suficiente y pertinente para participar en el proceso de intervención. Con este objetivo se solicitará al Centro Autonómico de Formación e Innovación (CAFI) y al Centro de Formación y Recursos (CEFORE) la oferta de formación específica relacionada con el TDAH.

Además, se implantará en el centro educativo un tipo de cultura profesional que Hargreaves identifica como cultura colaborativa (Fullan, 1994). La cultura colaborativa se fundamenta en relaciones de intercambio interdisciplinar basadas en el apoyo, ayuda, planificación, reflexión y feedback entre los docentes.

Se debe tener presente que a veces es necesario realizar una serie de adaptaciones curriculares que faciliten al niño la consecución de los objetivos establecidos. Para ello, se propone una adaptación curricular no significativa, es decir, se modificarán elementos no prescriptivos del currículo tal y como se apunta a continuación (García, 2014).

4.3.3.1. Adaptaciones curriculares

Adaptaciones metodológicas generales

- Situar al alumno en la primera fila, cerca del profesor y lejos de fuentes de estímulos como ventanas o puertas.
- Asegurar que el niño presta atención y comprende las explicaciones (contacto visual, recalcar elementos clave, realizarle preguntas, tutoría entre iguales ...)
- Posibilitar que en momentos puntuales se mueva por el espacio.

Adaptaciones metodológicas en las tareas

- Adaptar el tiempo de ejecución de las actividades.
- Ajustar la cantidad de actividades (proponer un número de actividades obligatorias y otras opcionales).
- Acompañar la realización de actividades con comentarios que guíen su ejecución.
- Combinar el trabajo individual con el trabajo en grupo.

Adaptaciones metodológicas en los objetivos

- Cambiar la temporalización en el logro de los objetivos.
- Desglosar los objetivos en partes y metas más pequeñas y asequibles.

Adaptaciones en las evaluaciones

- Emplear diversas técnicas e instrumentos de evaluación.
- Ajustar el tiempo de la evaluación (evaluaciones más breves, dividir la evaluación en diferentes momentos, combinar la evaluación escrita con la oral...)
- Formular las tareas de evaluación de forma clara incluyendo instrucciones a modo de guía atencional.

5. Resultados y análisis

En primer lugar es necesario señalar que la intervención planteada no se ha llevado a la práctica puesto que el niño entorno al cual gira la intervención constituye un caso hipotético. De tal forma, que a lo largo de este apartado se exponen resultados genéricos y factibles que podrían producirse si la intervención se llegase a realizar.

Los resultados de esta intervención muestran beneficios tanto para el alumno, como para la familia y el contexto escolar.

El alumno experimenta una disminución en la intensidad de los síntomas propios del trastorno. Debido a las estrategias y actividades planteadas, tal y como sugiere las observaciones registradas por el tutor y el especialista en pedagogía terapéutica y las actitudes del alumno durante su realización, se consigue un aumento de la capacidad de atención que conlleva una disminución de los problemas escolares. Además, las técnicas empleadas provocan un descenso en los problemas de comportamiento y potencian los mecanismos de autorregulación (Arco, J. et al., 2004).

Todos estos cambios influyen de forma directa en la percepción que el niño tiene de sí mismo y conducen a un aumento de la autoestima y la motivación, así como un incremento y mejora de las relaciones interpersonales.

La formación y entrenamiento de la familia ha sido un elemento clave para la eficacia de la intervención ya que los resultados expuestos se han generalizado al contexto familiar. Los padres expresan una mejora de la convivencia familiar y la reducción de ansiedades entorno a la conducta del niño. Algunos de los cambios producidos en la familia se relacionan con una mejor percepción general del niño, cambios positivos en la interacción padres – hijo, mayor seguridad en la tarea parental y el aumento de tranquilidad en las actividades familiares.

En lo referente al contexto escolar, se observa una mayor cohesión del grupo-clase y un ambiente escolar más positivo. La estructura de trabajo cooperativa ha contribuido a la creación de una comunidad de aprendizaje en el aula caracterizada por el apoyo mutuo entre el alumnado. Además, el profesorado ha establecido canales de coordinación más estables que fortalecen la acción docente.

6. Conclusiones

A lo largo de este TFM se ha proporcionado una amplia información sobre el TDAH como trastorno en sí; al mismo tiempo, se ha ahondando en estrategias que contribuyen a mejorar la situación inicial y a favorecer el desarrollo del niño afectado.

Ha quedado patente en la necesidad de formación tanto por parte de la familia como del profesorado, dos ámbitos de intervención esencial debido a la proximidad con el niño y la influencia sobre él. Por ello, se concretan una serie de orientaciones dirigidas a ambos contextos proponiendo, en última instancia, una intervención ajustada a las necesidades y características del caso de TDAH planteado.

Además, se han planteado una serie de acciones dirigidas a disminuir las dificultades que presenta el niño y mejorar su pronóstico.

De este modo, se puede afirmar que este TFM ha respondido a las expectativas depositadas en él cumpliendo con el objetivo propuesto que consistía en formular una propuesta de intervención ajustada a las necesidades y características del alumno con TDAH ofreciendo alternativas que ayuden a mejorar la evolución del trastorno y favoreciendo el desarrollo armónico e integral del alumno.

De la realización de este proyecto se derivan una serie de aprendizajes. La principal de ellas es la importante labor realizada por los profesionales de la educación. Actualmente, en los centros educativos existe una gran diversidad, entre la que se encuentra el TDAH; diversidad a la que resulta complejo dar respuesta y donde el psicopedagogo desempeña un papel fundamental. Estos profesionales tienen una gran responsabilidad en lo que se refiere a la educación y socialización del alumnado ya que le proporcionan estrategias, recursos y herramientas para integrarse en el medio de forma integral. Pero su función no solo se limita a atender al alumno, sino que también influirá en el contexto social y familiar con el cometido de cambiar mentalidades y crear actitudes favorables a la diversidad como un elemento integrado en la práctica educativa. Además, destacar la necesidad de una adecuada coordinación entre todos los agentes que intervienen con el niño aunando esfuerzos en una intervención conjunta y global.

6.1. Limitaciones

Cada día se publican nuevas investigaciones y artículos que contribuyen a un mayor conocimiento sobre este trastorno. La supervisión de todo este material sería una tarea ardua e inabarcable; sin embargo, una de las limitaciones de este TFM es la falta de tiempo para llevar a cabo una investigación más profunda y exhaustiva sobre el TDAH. Existe mucha información al respecto, lo cual es un aspecto positivo; pero por otra parte, el acceso a tal cantidad de información, a menudo desestructurada, proporciona una sensación de saturación y desorganización que dificulta ofrecer una visión unificada sobre el TDAH.

Otra de las limitaciones encontradas es el hecho de que se trate de una propuesta ficticia. Tanto el caso planteado como la intervención derivada de él constituyen una hipótesis desarrollada en base a datos aportados por diferentes investigaciones y estudios llevados a cabo en este campo del conocimiento. Sin embargo, no deja de ser una situación no real y por tanto no contrastada. De esta forma, resulta complicada comprobar la eficacia de las acciones propuestas.

6.2. Líneas de intervención futuras

Antes de nada, señalar que lo primero sería llevar a la práctica la intervención propuesta para poder evaluar el proyecto y la eficacia del mismo.

Una posible vía para dar continuidad al proyecto expuesto es profundizar en la formación en TDAH. Resulta interesante analizar la capacidad de respuesta que tiene el profesorado ante el trastorno, así como el grado de aceptación o rechazo que genera. A partir de ahí, se investigaría sobre los recursos con los que los centros educativos cuentan para atender a las necesidades de los niños afectados y como todo ello esto influye directamente en el niño.

Otra línea de acción es indagar sobre los canales de coordinación. Mejorar esos mecanismos de coordinación entre los profesionales de la sanidad, los agentes educativos y la propia familia constituye un aspecto relevante para un diagnóstico temprano y una intervención integral. Por ello, proponerse establecer nuevas vías de comunicación y consolidar y reforzar las existentes resulta un elemento atractivo.

Finalmente, otra propuesta la constituye la inclusión y el aprendizaje cooperativo. Explorar como esta metodología influye en el alumnado y en el proceso de enseñanza aprendizaje, así como sus efectos positivos en el aula. Establecer

mecanismos para su implantación en los centros educativos resulta una idea fascinante para completar este TFM.

7. Consideraciones finales

La realización de este TFM, al igual que el resto de contenidos del Máster en Psicopedagogía, me ha aportado el descubrimiento de conocimientos específicos relacionados con la labor del psicopedagogo y sobre la compleja realidad que rodea a esta profesión. Este profesional no solo interviene ante un trastorno; sino que, además, favorece que ese trastorno sea conocido y aceptado por la sociedad. Es una misión muy ambiciosa y difícil de conseguir, que en mi opinión, no cuenta con todo el reconocimiento que merece. Sin embargo, acciones como este Máster dignifican esta profesión y ofrecen la formación necesaria para que podamos contribuir paso a paso a la creación de una sociedad más justa e inclusiva.

Un aspecto a destacar, es la necesidad de realizar una intervención personalizada y adaptada a las características del sujeto y de su entorno ya que, a pesar de que varios individuos pueden estar afectados por el mismo trastorno, cada persona manifiesta unas necesidades particulares a las que se debe dar respuesta. Es posible que existan características comunes en diferentes individuos; sin embargo, cada persona es única y por tanto la intervención también debe serlo.

Es cierto que el proceso de intervención busca una mejora de áreas deficitarias; sin embargo, no se debe centrar únicamente a esas dificultades que manifiesta el niño, sino también reconocer y potenciar sus habilidades y destrezas.

Un último elemento a señalar es la interdisciplinariedad. El psicopedagogo no realiza su trabajo de forma aislada, sino que es necesario coordinarse con otros profesionales para dar una respuesta global y lo más completa posible. Entre estos agentes destaca el personal sanitario, educativo y la familia, así como otras personas significativas que incidan en el desarrollo del niño.

La realización de este Máster ha supuesto un desafío para mi persona que comenzaba con el deseo de mejorar profesionalmente y que termina, además de con un gran número de aprendizajes, abriendo la puerta a nuevas inquietudes. Por fortuna, y gracias a la experiencia vivida cuento con una amplia gama de recursos que posibilitan indagar y profundizar en ellas. A lo largo de este año, me he dado cuenta de que aún tengo un largo camino por recorrer y que es necesario seguir formándome en este ámbito, algo que sin duda espero continuar haciendo con la misma ilusión que he depositado en este Máster.

En el futuro deseo poder poner en práctica todos estos conocimientos y contribuir a que todo el alumnado se sienta cómodo y acogido, de forma general, en la sociedad y, de forma específica, en el centro educativo.

En primera instancia, agradecer a todos los que componen la UNIR por ofrecerme la oportunidad de realizar este Máster y que gracias a su apoyo y ayuda lograr llegar hasta este aquí. Ha sido un proceso largo y laborioso, con alguna que otra dificultad por el camino, pero a la vez muy satisfactorio, tanto personal como profesionalmente.

No puedo olvidarme de mencionar al gabinete Avances, mi centro de prácticas, en donde me han acogido como una compañera más, me han ofrecido toda la información y ayuda necesaria y del que he extraído un gran aprendizaje.

También, agradecer a las personas de mi entorno, familia y amigos, que me han acompañado en este reto profesional brindándome toda su comprensión y respaldo en aquellos momentos más tensos y compartiendo mis alegrías.

Por último, agradecer a todos los docentes, y a los cuales dedico este trabajo, que cada día cruzan la puerta de un aula. A esos docentes que con su esfuerzo y su compromiso con el alumnado aportan día a día su pequeño grano de arena para construir una educación mejor.

8. Referencias bibliográficas

- Abad-Mas, L., Ruiz, R., Moreno, F., Herrero, R. y Suay, E. (2013). Intervención psicopedagógica en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 57 (1), 193-203.
- American Psychiatric Association, APA (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-5)*. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Arco, J.L., Fernández, F. e Hinojo, F.J. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: intervención psicopedagógica. *Psicothema*, 16 (3), 408-414
- Barkley, R. (2006). *Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales: guía completa del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Barcelona: Paidós.
- Bassedas, E., Huguet, T., Marrodán, M., Planas, M., Rossell, M., Seguer, M., y Vilella, M. (2012). *Intervención educativa y diagnóstico psicopedagógico*. Madrid: Paidós.
- Espeso, J. (2016, 2 de febrero). *¿Qué es Minecraft, en qué consiste y por qué todo el mundo habla de él?* [Web log post]. Recuperado de <https://www.educaciontrespuntocero.com/noticias/que-es-minecraft-educacion/32274.html>
- Fullan, M. (1994). La gestión basada en el centro; el olvido de lo fundamental. *Revista de Educación*, (304), 147-161.
- García, M. (2014, 16 de mayo). *Adaptaciones curriculares metodológicas para alumnado con diagnóstico de trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad – hiperactivos o inatentos-* [Web log post]. Recuperado de <http://www.orientacionandujar.es/wp-content/uploads/2014/05/Adaptaciones-curriculares-para-alumnos-con-TDAH-.pdf>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS N° 2007/18.
- Hervás, A., & Durán, O. (2014). El TDAH y su comorbilidad. *Pediatría integral*, 18 (9), 643-654. Recuperado de <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2014-11/el-tdah-y-su-comorbilidad/>
- Isorna, M. (2015). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): Concepto, comorbilidad, diagnóstico, tratamiento y orientación para familiares y educadores*. Santiago de Compostela: Andavira.
- Jarque, J. (2017). *Intervención educativa en el TDAH. Más de 100 propuestas para educadores y familias*. Madrid: CCS.

- Korzeniowk, C. e Ison, M. (2008). Estrategias psicoeducativas para padres y docentes de niños con TDAH. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 12 (1), 65-71.
- Mena, B., Nicolay, R., Salat, L., Tort, P., Romero, B. (2011). El alumnado con TDAH. Barcelona: Mayo.
- Orjales, I. (2009). *Claves para afrontar la vida con un hijo con TDAH: "Mi cabeza... es como si tuviera mil pies"*. Madrid: Pirámide.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)*. Madrid: Meditor.
- Osorio, L. (2015). TDAH: Juegos de respiración para el control de la ansiedad en los niños. *Fundación Cadah*. Recuperado de <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tdah-juegos-de-respiracion-para-el-control-de-la-ansiedad-en-ninos.html>
- Osorio, L. (2015). TDAH: Relajación muscular de Koeppen para el control de la ansiedad en niños. *Fundación Cadah*. Recuperado de <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tdah-relajacion-muscular-de-koepen-para-el-control-de-la-ansiedad-en-ninos-.html>
- Pérez, D. (2017, 7 de febrero). ¿Qué es inclusión educativa? Estrategias en el aula y escuela. *Revista digital INESEM*. Recuperado de <https://revistadigital.inesem.es/educacion-sociedad/inclusion-educativa/>
- Pujolás, P. (2012). Aulas inclusivas y aprendizaje cooperativo. *Educatio Siglo XXI*, 30(1), 89-112. Recuperado de http://repositori.uvic.cat/xmlui/bitstream/handle/10854/1998/artconlli_a2012_pujolas_pere_aulas_inclusivas.pdf?sequence=1
- Quintero, J., & Castaño de la Mota, C. (2014). Introducción y etiopatogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Pediatría integral*, 18 (9), 600-608. Recuperado de <http://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2014-11/introduccion-y-etiotopogenia-del-trastorno-por-deficit-de-atencion-e-hiperactividad-tdah/>
- Rodríguez, P.J., & Hidalgo, M.I. (2014). Herramientas de utilidad para evaluar el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Pediatría integral*, 18 (9), 689-692. Recuperado de <http://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2014-11/herramientas-de-utilidad-para-evaluar-el-trastorno-por-deficit-de-atencion-e-hiperactividad/>
- Soutullo, C. (2007). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Stainback, S. y Stainback, W. (2007). *Aulas inclusivas*. Madrid: Narcea.
- Verdugo, M. A. (Noviembre, 2011). La atención a la diversidad del alumnado: valores, derechos y calidad de vida. En Navarro, J. (coord.), *Congreso Diversidad, Calidad y Equidad Educativas*. Murcia: Consejería de Educación, Formación y Empleo. Recuperado de http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO26202/Diversidad_calidad_equidad.pdf

9. Anexos

ANEXO 1. Instrumentos de evaluación

Escala de evaluación del TDAH		
Nombre	Autor / año	Características
ADHD Rating Scale-IV	Du Paul, et al. 1997, 1998	<ul style="list-style-type: none"> - Escala de cribado y evaluación del TDAH - De 5-18 años - 18 ítems. Cada ítem representa cada uno de los síntomas del TDAH según criterios del DSM-IV - Dos subescalas: inatención e hiperactividad y una puntuación total - Dos versiones: padres y maestros
Escalas de Conners	Conners, et al. 1989, 1997, 2008	<ul style="list-style-type: none"> - Escala de cribado y evaluación del TDAH - 3 versiones: - 1989: 3-17 años. Dos escalas para padres: amplia (CPRS-93, 93 ítems) y abreviada (CPRS-48). Dos escalas para maestros: amplia (CTRS-39) y abreviada (CTRS-28) - 1997: 3-17 años. Dos escalas para padres: amplia (CPRS-R, L 80 ítems) y abreviada (CPRS-R, S 28). Dos escalas para maestros: amplia (CTRS-R,L 59) y abreviada (CTRS-T, S 27) - 2008: 8-18 años. Dos escalas para padres: amplia (Conners 3-P (L) y abreviada (Conners 3-P (S). Dos escalas para maestros: amplia (Conners 3-T (L) y abreviada (Conners 3-T (S) y una versión auto administrada (Conners 3-SR)
EDAH (Escala de Conners revisada)	Farré y Narbona. 1997	<ul style="list-style-type: none"> - Escala de cribado y evaluación del TDAH - De 6-12 años - 20 ítems - Dos escalas: hiperactividad-déficit de atención (subdividida en dos subescalas) y trastornos de conducta - Una sola versión para maestros
SNAP-IV	Swanson, Nolan y Pelham. 2003	<ul style="list-style-type: none"> - Escala de cribado y evaluación del TDAH - 5-11 años - 18 ítems - Dos subescalas: inatención e hiperactividad/impulsividad; una puntuación total adaptada a criterios del DSM-IV - Dos versiones: padres maestros
Escalas Magallanes (EMTDA-H)	García Pérez y Magaz Lago. 2000	<ul style="list-style-type: none"> - Escala de cribado del TDAH - 6-16 años (padres) y 6-12 años (maestros) - 17 ítems - 3 subescalas: Hiperactividad-hipercinesia, Déficit atencional, déficit de reflexividad - Dos versiones: padres (Af) y maestros (Ae).

Escala de psicopatología general		
Nombre	Autor / año	Características
Cuestionario de Dificultades y Capacidades (SDQ)	Goodman. 1997	<ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario de cribado de psicopatología general - 25 ítems - 5 escalas: síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad/inatención, problema relación con sus iguales y conducta prosocial - versiones: padres y profesores (3-16 años) y autoinforme adolescentes (11-16 años) - Disponible gratuitamente
Escalas de Achenbac	Achenbach, et al. 1991, 2001	<ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario de psicopatología general - 1,5-5 años/6-18 años y 11-18 años (YSRF) - 112 ítems - 8 subescalas: ansiedad-depresión, retraimiento-depresión, quejas somáticas, problemas sociales, problemas pensamiento, conducta romper reglas, conducta agresiva. Se agrupan en dos factores de 2º orden: interiorizado y exteriorizado - Tres versiones; padres (CBCL), maestros (TRF) y autoinforme (YSRF)
BASC Evaluación conducta de niños y adolescentes	Reynolds y Kamphaus. 199	<ul style="list-style-type: none"> - Conjunto de instrumentos que permite evaluar aspectos adaptativos y desadaptativos de la conducta en niños y adolescentes - 3-6 años, 6-12 y 12-18 años De 106 a 185 (según versión) - Escalas: exteriorizar problemas (agresividad, hiperactividad, problemas de conducta); interiorizar problemas (ansiedad, depresión, somatización); problemas escolares (atención aprendizaje); otros problemas (atipicidad, retraimiento); habilidades adaptativas (adaptabilidad, liderazgo, habilidades sociales); otras habilidades adaptativas (para estudio), índice de síntomas compartimentares - Cinco componentes: autoinforme(S), dos cuestionarios de valoración, uno para padres (P) y otro para tutores (T), una historia estructurada del desarrollo y un sistema de observación del estudiante

Entrevistas estructuradas y semiestructuradas		
Nombre	Autor / año	Características
DISC (Diagnostic Interview Schedule for Children)	Shaffer, et al 1999	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista estructurada - 4-17 años (DISC-P) y 7-11 (DISC-C) - Evalúa trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes según criterios DSM-IV - Se administra a padres (DISC-P) y al paciente (DISC-C)
K-SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia in School-Age children)	Chambers, et al 198	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista diagnóstica semiestructurada - 6-17 años - Evalúa episodios pasados y actuales de psicopatología en niños y adolescentes, según criterios DSM-IV y DSM-III-R - Varias secciones: sociodemográfica, preguntas cribaje para 46 categorías diagnósticas, suplementos diagnósticos y funcionamiento
DICA-IV (Diagnostic Interview for children and adolescents)	Herjanic and Recih. 1982	<ul style="list-style-type: none"> - Versión más reciente semiestructurada - 6-17 años (padres), 6-12 años (niños) 13-17 años (adolescentes) - Evalúa un amplio grupo de trastornos psicopatológicos en población infantil y adolescentes según criterios DSM-III y DSM-IV - Versiones: niños, adolescentes, padres

Pruebas de inteligencia y neuropsicológicas		
Nombre	Autor / año	Características
WISC-IV y WISC-R	Weschler. 2005	<ul style="list-style-type: none"> - Inteligencia - 6-16 años
STROOP, Test de colores y palabras	Golden. 2001	<ul style="list-style-type: none"> - Funciones ejecutivas - 7-80 años
CARAS (percepción de diferencias)	Thurstone y Yela. 1985	<ul style="list-style-type: none"> - Atención, percepción de diferencias - A partir de 6 años
Figura completa de Rey (FCR)	Rey. 2003	<ul style="list-style-type: none"> - Funciones ejecutivas. Habilidades visoespaciales, visoconstructivas, memoria visual - 4 años -adultos
D2. Test de atención	Brickenkamp y Zillmer. 2004	<ul style="list-style-type: none"> - Atención - 8-18 años
CPT II (Conners' Continuous Performance Test)	Conners y Staff. 2004	<ul style="list-style-type: none"> - Atención - A partir de 6 años)

Evaluación psicopedagógica		
Nombre	Autor / año	Características
T.A.L.E. (test de análisis de lectura y escritura)	Cervera y Toro. 1990	<ul style="list-style-type: none"> - Escritura: caligrafía, copia, dictado y redactado. Lectura de letras, silabas, palabras y texto. Comprensión lectora. - Hasta 4º de primaria
PROESC (evaluación proceso escritura)	Cuetos, Ramos y Ruano. 2002	<ul style="list-style-type: none"> - Dictado de silabas, palabras pseudopalabras, frases. Escritura de un cuento y redacción. - Primaria
PROLEC-R (evaluación de los procesos lectores, primaria)	Cuetos, Ramos, Ruano y Arribas. 2007	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de letras: nombre y sonido. Diferenciar palabras y pseudopalabras. Procesos léxicos, sintácticos y semánticos. - Primaria
PROLEC-SE (evaluación de los procesos lectores, secundaria)	Cuetos y Ramos. 2003	<ul style="list-style-type: none"> - Emparejamiento dibujo-oración. Compresión de textos. Estructura del texto. Lectura de palabras, pseudopalabras. Signos de puntuación. - Primaria y secundaria

ANEXO 2. Técnicas de modificación e conducta

Refuerzo positivo

- Presentar una consecuencia positiva tras la realización de una conducta deseada

Refuerzo negativo

- Eliminar un estímulo desagradable como consecuencia de una conducta deseada

Refuerzo social

- Utilizar alabanzas sociales y otras formas de atención positiva para una adecuada.

Refuerzo mediante la atención de los adultos

- Ignorar al niño cuando se comporta de manera inadecuada y prestarle una atención especial cuando su comportamiento es correcto

Economía de fichas

- Usar puntos para reforzar la conducta que se busca incrementar. Esos puntos se canjearán por recompensas previamente establecidas.

Modelado

- Observar en otra persona significativa la conducta nueva que se desea conseguir.

Principio Premack

- Un comportamiento agradable y frecuente aumenta la ejecución de otro menos preferible o probable, siempre que el primero se haga contingente al segundo.

Extinción

- Identificar el reforzador que mantiene la conducta no deseada y suprimirlo.

Tiempo fuera

- Retirar al niño durante un corto intervalo a un lugar libre de estímulos debido a una conducta indeseada.

Coste de la respuesta

- Retirar cierta cantidad de reforzadores (fichas, privilegios...) cuando realice una conducta inadecuada.

Sobrecorrección

- Reparar las consecuencias del comportamiento inadaptado y además realizar alguna conducta adaptada.

Reforzamiento de conductas incompatibles

- Reforzar de forma continua las conductas incompatibles con la que se quiere suprimir e ignorar la conducta que se quiere eliminar.

Contrato de contingencias

- Acuerdo firmado por los adultos y el niño comprometiéndose ambos a cumplir lo acordado. Se especifican consecuencias positivas y negativas derivadas de cumplimiento o no.

Atención diferencial

- Procedimiento que consiste en elogiar e ignorar de forma sistemática el comportamiento infantil. Se combina el refuerzo positivo ante conductas deseadas y la extinción ante conductas perturbadoras.

ANEXO 3. Técnicas cognitivo – conductuales

Autoinstrucciones

- Mitigar el déficit de control inhibitorio y enseñar al niño a pensar, reflexionar, solucionar problemas y formular reglas y planes. Se utiliza el lenguaje interno para guiar las acciones.

Técnica de la tortuga

- Escenificar el cuento de la tortuga que refleja la falta de control emocional y conseguir una relajación muscular.

Técnica de autoevaluación

- Aumentar la capacidad de reflexión del niño sobre sus propias conductas.

Técnica de control de ira

- En un primer momento, se reconoce y se controla el estado inicial de ira y, posteriormente, se produce el entrenamiento en relajación, en autoinstrucciones y en resolución de problemas. Para poner en práctica estas estrategias se puede utilizar el juego de roles.

Entrenamiento en atribuciones de éxitos y fracasos

- Adquirir una responsabilidad personal de su comportamiento.

Entrenamiento en habilidades de solución de problemas

- Favorecer la autonomía, la autodirección y el autocontrol mediante la orientación general y reconocimiento del problema, definir el problema, generar soluciones alternativas, toma decisiones, elaborar plan de acción y llevar a cabo la solución elegida y evaluar los resultados.