



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Educación

Trabajo fin de máster

Intervención educativa con alumno diagnosticado de TDAH

Presentado por: Jon Vidal Batiz
Tipo de TFM: Intervención
Director/a: Anna Carballo Márquez

Ciudad: Bilbao
Fecha: 5 de Febrero de 2016

AGRADECIMIENTOS

Antes de nada, me gustaría utilizar estas primeras líneas para agradecer a todas las personas que me han ayudado y apoyado a lo largo de este viaje, a lo largo de los estudios del Máster de Psicopedagogía ofrecidos por UNIR.

En primer lugar, quiero agradecer el apoyo y empuje que me ha ofrecido toda mi familia para la realización de estos estudios, y en especial a mis padres, además de por la ayuda y el esfuerzo brindado, por haberme dado la oportunidad de cursar este máster.

En segundo lugar, quiero dar mis más sinceros agradecimientos a la universidad UNIR, por ofrecer todos sus estudios basados en una metodología tan cómoda, práctica y bien estructurada.

En tercer lugar, quiero dar las gracias a cada uno de los nueve profesores que he tenido a lo largo del año académico, por su simpatía, esfuerzo, dedicación y feedback, y por haber hecho nuestro trabajo mucho más fácil.

En cuarto lugar, quiero agradecer a mi profesor/tutor por haber estado conmigo durante todo el curso, apoyándome, informándome, siguiéndome, y dándome los mejores consejos para realizar mis estudios de la manera más significativa. También, quiero agradecer el trabajo realizado a la directora de este TFM, por su dedicación, trabajo, por sus rápidas respuestas, por sus ayudas y consejos y por el interés demostrado.

RESUMEN

El siguiente trabajo recoge el caso de un alumno del colegio Calasancio – Escolapios de Bilbao, varón, de 8 años de edad, diagnosticado de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) de tipo combinado (síntomas atencionales e hiperactivos-impulsivos). Primeramente, se recogerán todos los datos e información relevante acerca del tema, para hacer un análisis del estado de la cuestión, y situar al lector respecto al tema que va a ser tratado. A continuación, se describirán los objetivos que se establecerán para la realización de la intervención educativa que se llevará a cabo, tanto con la familia como con el centro educativo. Después, una vez explicada la metodología que se utilizará durante la intervención educativa, se podrá ver y analizar la intervención en sí. Se describirán dos tipos de intervenciones; la intervención escolar y la intervención familiar. Esta intervención escolar, se basará en el aprendizaje cooperativo y en la inclusión del alumnado en el aula. En cuanto a la intervención familiar, se basa en la formación de la familia acerca del trastorno. Por último, se analizarán los resultados obtenidos y se sacarán y tomarán las correspondientes conclusiones de la intervención educativa. Pero hay que explicar que estos resultados y conclusiones, no son datos reales, ya que no se ha podido llevar a cabo la intervención educativa con el alumno en cuestión. Serán unos resultados hipotéticos y basados en la teoría analizada.

PALABRAS CLAVE

Necesidades educativas especiales, TDAH, Inclusión, Aprendizaje cooperativo, Intervención.

ABSTRACT

The following assignment shows the real situation of an 8 years old boy, who was born in Bilbao and who studies in Calasancio – Escolapios school. He was diagnosed in Attention-Deficit Hyperactive Disorder (ADHD), mix type. This means attention and hyperactive - impulsive symptoms. First of all, all the possible data and information about this topic will be gathered in order to produce and realise the frame of reference and make the reader understand the topic is going to be worked. Then, the general and specific objectives established for the creation of the educative intervention that will be carried out both with the family and with the school, will be described. After that, when the methodology that it is going to be used during the intervention is explained, the intervention itself will be considered. Two types of intervention will appear; first of all, the school's involvement, and then the familiar involvement. Finally, all the gathered results and all the possible conclusions of this educative intervention will be analysed, considered and established. However, it has to be emphasized that all these results and conclusions are not real datum, because it has been impossible to carry out the educative intervention, with the selected child, due to the lack of time. These results will be hypothetical results.

KEY WORDS

Special educative needs, ADHD, Inclusion, Cooperative learning, Education, Intervention

ÍNDICE

1. Introducción del trabajo.	pág.1
1.1 Justificación del trabajo y planteamiento del problema	pág.1
1.2. Análisis del estado de la cuestión.	pág.2
1.2.1. Necesidades educativas especiales (NEE)	pág.2
1.2.2. TDAH	pág.4
1.2.2.1. Definición	pág.4
1.2.2.2. Diagnóstico	pág.5
1.2.2.3. Prevalencia	pág.7
1.2.2.4. Evaluación psicopedagógica	pág.8
1.2.2.5. Devolución de la información	pág.12
1.2.2.6. Tratamientos para TDAH	pág.13
1.2.2.6.1. Tratamiento psicológico	pág.13
1.2.2.6.2. Tratamiento farmacológico	pág.13
1.2.2.6.3. Tratamiento psicopedagógico	pág.14
1.2.3. Sujeto de estudio.	pág.19
2. Objetivos	pág.20
3. Breve fundamentación de la metodología.	pág.21
4. Desarrollo	pág.25
4.1. Intervención escolar	pág.25
4.1.1. Intervención con el alumno	pág.25
4.1.2. Adaptaciones curriculares	pág.34
4.1.3. Intervención con profesorado	pág.35
4.2. Intervención familiar	pág.35
4.3. Seguimiento	pág.39
5. Resultados y análisis	pág.40

6. Conclusiones	pág.42
6.1. Líneas de investigación futuras.	pág.42
6.2. Limitaciones.	pág.44
7. Referencias Bibliográficas	pág.45
8. Anexos	pág.49

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Trastornos con síntomas comunes al TDAH	pág.7
Tabla 2. Comorbilidades más frecuentes en niños con TDAH	pág.9
Tabla 3. Instrumentos de evaluación para el diagnóstico.	pág.10

1. INTRODUCCION DEL TRABAJO

1.1 Justificación del trabajo y planteamiento del problema

Para la elección del tema para este trabajo de fin de Máster, se observó a un alumno, varón de 8 años de edad, que estudiaba en el colegio Calasancio – Escolapios de Bilbao. En este colegio había dos aulas especiales. Una era el aula de apoyo, al que acudían alumnos y alumnas con dificultades y algunas adaptaciones curriculares no significativas, y la otra el aula estable, al cual acudían alumnos y alumnas con discapacidades severas, trastornos generalizados del desarrollo, y a los cuales no se les hacían adaptaciones curriculares, sino que un programa de trabajo individual (PTI). Bien, pues este alumno en cuestión solía acudir al aula de apoyo.

Es un alumno diagnosticado de Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), de tipo combinado (déficit de atención con hiperactividad). Se relaciona este trabajo con este trastorno, con el fin de aprender más sobre este tema para un futuro. Es importante que se obtengan todos los conocimientos posibles acerca de un tema o un trastorno en alumnos, como es este caso, y que cada vez es más común en la sociedad, y con el que es difícil tratar.

Es un tema y una situación real, es decir, se parte de una situación real, pero hay que decir que no se ha tenido la oportunidad de trabajar con este alumno, por lo que en parte será un trabajo ficticio. Aun así, es un trabajo que servirá seguro en un futuro, con alumnos futuros, por lo que valdrá para el aprendizaje de muchos futuros profesionales.

Por lo tanto, el principal objetivo de este proyecto, es que sea aplicable en un futuro, con alumnos o alumnas con las mismas características o situación que el alumno observado.

Como ya se ha mencionado, este trabajo se va a basar en un alumno con TDAH, una de las alteraciones en el desarrollo cognitivo de las personas. (Ovejero, 2013). *“La Asociación Americana de Psiquiatría (APA), define el TDAH como trastorno en el que se observan de manera persistente patrones de desatención y de hiperactividad o impulsividad frecuentes y más graves que los que se podrían observar en niños de un nivel de desarrollo similar.”* (Ovejero, 2013, p.142)

1.2 Análisis del estado de la cuestión

1.2.1. Necesidades educativas especiales (NEE)

Para comenzar con este proyecto sobre alumnos con TDAH, es recomendable empezar por analizar todo este mundo de las necesidades educativas especiales (NEE) de un modo más general.

Los documentos y bibliografía recientes, o nuevo paradigma, aseguran que todos los alumnos/as, independientemente de sus características, tienen necesidades educativas, lo cual hace que no se hagan categorías según las minusvalías de acuerdo a un diagnóstico médico. Gracias a esto, se empuja la inclusión de todos los alumnos discapacitados en escuelas comunes. (Diez, 2004)

Pero el origen de la utilización de este término de NEE radica en el “Informe Warnock”. Este dato puede ser contrastado en un informe de investigación sobre “Las respuestas del sistema educativo vasco a las necesidades educativas especiales en educación primaria” hecha por el Gobierno Vasco que dice que *“El concepto de Necesidades Educativas Especiales introducido por M. Warnock supuso un cambio teórico en la forma de entender la discapacidad al igual que un cambio en la forma de responder a ella desde la educación”* (Arregi, et al. 2005, p.7). Según este informe, y la síntesis hecha por Aguilar Montero sobre el Informe Warnock se entiende lo siguiente:

- Que los niños no se consideraran en adelante ineducables,
- Que la educación es un derecho para todos y el objetivo de esta es el mismo para todas las personas,
- Que la Educación Especial va a consistir en la satisfacción de las NEE de los alumnos con el fin de lograr los objetivos comunes para todos.
- Que las NEE son comunes a todos los alumnos
- Que ya no existirán dos grupos de alumnos; los que reciben, y los que no reciben educación especial.
- Se recomienda abolir las clasificaciones legales de los deficientes, y se utilizará el término “dificultad de aprendizaje” para el alumnado que necesite educación especial.
- Se adoptará un sistema de registro que recogerá a los alumnos en función de la prestación requerida, y no por la denominación de su deficiencia. (Aguilar, 1991)

Por lo tanto, desde este punto de origen en la época del Informe Warnock, y según el Gobierno Vasco (2005), la atención que se proporciona a los alumnos con NEE ha experimentado cambios varios a lo largo de décadas, debido a las variaciones que la práctica educativa ha experimentado.

Todo ello hace que, y según la junta de Andalucía (2002), *“la escolarización del alumnado con necesidades educativas especiales y su atención educativa deben fundamentarse siempre en los principios de normalización e inclusión escolar.”* (Angulo et al. 2002, p.11). Para contrastar dicha información con el País Vasco, lugar donde se va a llevar a cabo este trabajo, y según la misma lectura del Gobierno Vasco (2005) *“En el País Vasco la aceptación de una filosofía de integración social introduce cambios decisivos en el ámbito educativo, que se explicitan en el Plan de Educación Especial para el País Vasco, con objeto de llevar a la práctica los principios de normalización, sectorización e individualización de la respuesta educativa.”* (Arregi, et al. 2005, p.7). Queda claro por lo tanto, los principios por los que se rige la educación actual. Es decir, en lugar de separar a los alumnos con dificultades de los alumnos sin dificultades, o de crear escuelas segregadoras y paralelas, se trata de integrar a todos los alumnos y alumnas en un mismo sistema educativo; se trata de crear una escuela inclusiva, basada en la normalización, sectorización e individualización. (Gobierno Vasco, 2005). De esta manera, y según la junta de Andalucía (2002), el alumnado con NEE cursará las mismas enseñanzas que el alumnado ordinario, de modo que tendrá la oportunidad de lograr las condiciones necesarias y competencias básicas para la educación obligatoria.

Después de este pequeño repaso, se observa la clara evolución del sistema educativo hacia una educación más inclusiva. Por ello, es de vital importancia notificar en qué se basa esta educación inclusiva. *“Se trata del proceso de análisis sistemático de las culturas, las políticas y las prácticas escolares para tratar eliminar o minimizar, a través de iniciativas sostenidas de mejora e innovación escolar, las barreras de distinto tipo que limitan la presencia, el aprendizaje y la participación de alumnos y alumnas en la vida escolar de los centros donde son escolarizados, con particular atención a aquellos más vulnerables.”* (Ainscow, et. al 2006, p.25 citado en Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, 2012, p.9). Según Parrillas (2002) hace referencia a cómo, dónde, por qué y con qué consecuencias se educan a todos los alumnos.

Esta definición hace referencia a las 3 variables de la definición de Ainscow (2006); presencia, aprendizaje y participación. En cuanto a la presencia, se refiere a dónde son escolarizados los alumnos, porque si son escolarizados en centros lejos de alumnos con NEE, estos nunca podrán llegar a aceptar la diversidad, que es la vía para lograr la aceptación de todos y la inclusión de todos los alumnos. Respecto al aprendizaje, se refiere a que el centro debe proporcionar un aprendizaje satisfactorio a todos los alumnos independientemente de sus características. Por último, la participación, hace referencia a tener que reconocer y apreciar a todos los alumnos y a velar por su bienestar físico, personal y social. (Ainscow, et. al 2006 citado en Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.)

Para Pujolás (2012), aunque la educación o aulas inclusivas y el aprendizaje cooperativo sean aspectos diferentes, uno conlleva al otro. Es decir, para lograr un aula inclusiva, se necesita cambiar de paradigma; cambiar del trabajo y perspectiva individualista, al trabajo y aprendizaje cooperativo. No es posible conseguir una sociedad inclusiva, si cada alumno/a trabaja por su cuenta y trata de ser el mejor, compitiendo con el resto. Sólo conseguirán aprender juntos, con una estructura de trabajo cooperativa. Por otro lado, no se consigue un ambiente de trabajo cooperativo, si estos alumnos “diferentes” son excluidos a otros centros separados del resto. No van a ser capaces de lograr la sociedad inclusiva, a respetar las diferencias, etc. si a estos alumnos con características diferentes, con discapacidades o culturas diferentes se les separa a centros diferentes.

1.2.2 TDAH

1.2.2.1 Definición

Una vez se han analizado y contrastado los derechos de los alumnos con NEE en el sistema educativo, la evolución del propio sistema educativo, y lo que supone la educación inclusiva, a continuación, se empezará el estudio de la necesidad educativa del alumno en cuestión. Como se ha mencionado anteriormente, se trata del TDAH.

El TDAH, *“es un trastorno de origen neurobiológico que se caracteriza por la presencia de tres síntomas típicos:*

- *déficit de atención*
- *impulsividad*
- *hiperactividad motora y/o vocal.”* (Mena. et. al, 2006, p.1.)

En otras palabras, *“El TDAH es un trastorno neurobiológico de carácter crónico, sintomáticamente evolutivo y de probable transmisión genética que afecta entre un 5 y un 10% de la población infantil, llegando incluso a la edad adulta en el 60% de los casos.* (Fundación CADAH, 2014, párrafo 1). Según este artículo, este trastorno se caracteriza por la dificultad de mantener la atención en las tareas, ya sean académicas o cotidianas, y en la dificultad del control de impulsos. Es destacable también mencionar que tiene graves repercusiones en distintas áreas de la vida de los niños, como pueden ser las siguientes: *“Dificultades cognitivas, académicas, conductuales, emocionales, familiares y sociales.”* (Fundación CADAH, 2014, párrafo 3.)

Según la lectura de Mena. et. al, 2006, se debe tener en cuenta que aún teniendo TDAH, no todos los niños y niñas presentan los mismos síntomas y con la misma intensidad. Al ser un trastorno que incluye tres síntomas diferentes, se pueden encontrar alumnos/as con dificultades relacionadas en la atención, pero que no presentan un mayor grado en la movilidad o impulsividad que sus iguales. Es decir, se pueden encontrar variaciones, o distintos síntomas en los alumnos con este trastorno. Es un grupo muy heterogéneo.

1.2.2.2. Diagnóstico

Por lo tanto, a la hora de realizar un diagnóstico de TDAH, se deben analizar qué condiciones y síntomas se dan en cada uno de los pacientes, para poder realizar dicho diagnóstico.

Para ello, cabe destacar también que existen dos sistemas de clasificación. Como se observa en TDAHyt.es *“En la actualidad existen dos sistemas de clasificación internacional de criterios para diagnosticar el TDAH: **DSM-5** (APA, 2013) y **CIE-10** (OMS, 1992).”* (Shire Pharmaceuticals Ibérica S.L. 2015, párrafo 1). Estos sistemas de clasificación, recogen unos criterios diagnósticos específicos, que son el conjunto de síntomas que un paciente debe presentar para realizar el diagnóstico, establecidos por la APA, y la OMS (Organización Mundial de la Salud).

Para contrastar y ampliar esta información, es de interés destacar lo que la Fundación Adana dice sobre ello. En la clasificación de la OMS (1992), el TDAH se encuentra en el apartado de Trastorno hiperactivo, y está clasificado en cuatro categorías básicas:

- ✓ *Trastorno de la actividad y de la atención*
- ✓ *Trastorno hiperactivo disocial.*

- ✓ *Otros trastornos hipercinéticos.*
- ✓ *Trastorno hipercinético sin especificación” (Fundación Adana, 2009, párrafo 5).*

Pero según la clasificación de la APA (2013), el TDAH se encuentra en el apartado de trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador. Según la APA (2013), existen 3 subtipos del TDAH.

- ✓ *Tipo con predominio del déficit de atención.*
- ✓ *Tipo con predominio de la impulsividad-hiperactividad.*
- ✓ *Tipo combinado, donde predominan tanto síntomas de desatención como de impulsividad-hiperactividad.” (Fundación Adana, 2009, párrafo 3).*

Es posible comprobar esta información en la lectura de Quintero-Gutiérrez, et al. (2009) en la que dice que según la DSM V (APA, 2013), existen tres tipos de clínica para estos pacientes: la predominantemente inatenta, en la que predomina la hiperactividad, y el tercer tipo que es en la que hay una combinación de los tipos anteriores.

Pero, es de vital importancia también, saber detectar este trastorno y no confundirlo con otros comportamientos o aptitudes, tanto los especialistas, educadores, médicos, psicopedagogos actuales, como los de un futuro, los actuales estudiantes. Esto hace referencia al diagnóstico diferencial. El diagnóstico diferencial, según Rodríguez (2015), Psiquiatra de niños y adolescentes, hace referencia a las diferencias que existen entre los síntomas que corresponden al TDAH (en este caso), y los síntomas que corresponden a otros trastornos o enfermedades. (Rodríguez, 2015)

Según el informe Pandah (Soutullo, et al. 2013), el educador o profesional que trabaja con los niños o alumnos, debe tener en cuenta si las conductas inatentas de los alumnos se deben a causas ambientales, físicas o médicas, que afectan a la atención del alumno y pueden llegar a confundirse con síntomas de TDAH, como problemas de visión o audición, problemas de sueño, retraso mental (de diferentes grados), etc. Todo ello son ejemplos de entidades que podrían ser confundidas con el TDAH. (Soutullo, et al. 2013)

Como explica Rodríguez (2015) en su entrevista, se pueden observar niños que, por diferentes factores, (de personalidad, socio-familiares), presentan movimientos o comportamientos que para ese entorno son excesivos, pero que no se considera trastorno por no pasar de unos límites clínicos. Además, otros

trastornos neurológicos, como epilepsia, enfermedades del sistema nervioso central, o problemas de conducta como el trastorno disocial o trastorno negativista desafiante, pueden ser confundidos con el TDAH. (Rodríguez, 2015)

Es algo de lo que la Fundación Adana habla también. “*Principalmente, hay que distinguir el TDAH de comportamientos propios de la edad en niños activos, retraso mental, situaciones de ambiente académico poco estimulante y sujetos con comportamiento negativista desafiante.*” (Fundación Adana, 2009, Párrafo 7).

A continuación, se muestra una tabla (Tabla 1) en la que se pueden observar diferentes trastornos con síntomas comunes al TDAH.

Tabla 1. Trastornos con síntomas comunes al TDAH.

Trastornos médicos	Trastornos con base ambiental	Comorbilidades
<ul style="list-style-type: none"> • Encefalopatías postraumáticas o postinfecciosas • Epilepsia • Trastornos del sueño (apneas del sueño, síndrome de piernas inquietas, síndrome de movimientos periódicos de las extremidades) • Trastornos sensoriales (déficits visuales y auditivos significativos) • Efecto secundario de fármacos (broncodilatadores, antiepilépticos...) • Disfunción tiroidea • Intoxicación por plomo • Anemia ferropénica • Síndrome X-frágil • Retraso mental 	<ul style="list-style-type: none"> • Estrés • Negligencia/abuso infantil • Malnutrición • Inconsistencia en pautas educativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos de aprendizaje • Trastornos generalizados del desarrollo • Trastornos del comportamiento • Trastornos de ansiedad • Trastornos del estado de ánimo • Abuso de sustancias

(Fuente: Soutullo, et al. 2013, p.74)

1.2.2.3. Prevalencia

Después de conocer los dos sistemas existentes de clasificación para el diagnóstico de este trastorno, qué subtipos existen dentro de este, y en qué se basa el diagnóstico diferencial, resulta interesante saber también a qué porcentaje de la población afecta este trastorno en un cómputo global. Pues bien, como se puede observar en el Informe Pandah (Soutullo, et al. 2013) el TDAH afecta del 2% al 12% de la población pediátrica mundial. En Europa afecta aproximadamente a uno de cada 20 niños o adolescentes en edad escolar. Y en lo que refiere a España, tras revisiones de 14 estudios, se concluyó que tenía una prevalencia global del 6,8% para niños y adolescentes. Estos datos, podrían variar en función de los criterios establecidos para el diagnóstico del TDAH. Cabe mencionar también, que se

observó una mayor prevalencia en alumnos (hombres), que en alumnas (mujeres). En lo que a la población en general se refiere, el TDAH tiene una prevalencia del 4%. Esto lo sitúa como uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes, por encima de otros como la esquizofrenia o el trastorno bipolar.

Pero, ¿sabe todo el mundo en qué consiste el TDAH? Según la fundación CADAH (2014), en este informe anteriormente nombrado, se hizo una entrevista por teléfono a 770 personas de diferentes comunidades autónomas, y el resultado fue que tan solo el 4% de las personas encuestadas respondieron de forma correcta a la pregunta ¿qué entendéis por TDAH?

Según este artículo de la fundación CADAH (2014), y en concordancia con el informe Pandah (Soutullo, et al. 2013), existen varias creencias falsas que pueden ocasionar confusión acerca del trastorno, incluso trivializarlo. Creencias como que el trastorno es culpa de los padres, que es un trastorno inventado con el fin de obtener dinero, que los medicamentos utilizados crean adicción en los niños, que estos niños simplemente son menos inteligentes, etc.

Se debe tener cierto cuidado, ya que según este informe, como se ha mencionado anteriormente, existe una trivialización del término. Es decir, la normalización de este trastorno y de la información sobre él, como el uso de la palabra hiperactivo a niños que solo son bastante movidos. (Son niños, qué menos). *“Algunos medios de comunicación han promovido la popularización de la información sobre el TDAH, pero paralelamente ha emergido la tendencia a trivializar el trastorno, utilizándose de forma superficial el término “hiperactivo” para personas o estados puntuales”* (Soutullo, et al. 2013, p.53).

1.2.2.4. Evaluación psicopedagógica

Por lo tanto, en relación a lo que el profesor Eric Taylor aporta sobre la importancia de la evaluación o valoración de la intensidad del trastorno de los niños, se continuará con la explicación de dicha evaluación psicopedagógica del trastorno TDAH. Ésta consiste en valorar el nivel que tiene el niño o adolescente en áreas básicas como pueden ser la lectura, la escritura, o las matemáticas, para determinar si son acordes a la edad y capacidad del alumno. De esta forma también se obtiene información cualitativa sobre el estilo de aprendizaje del alumno. (Soutullo, et al. 2013)

Para ello, es importante también conocer algunos de los instrumentos de evaluación. Esta evaluación se hace mediante entrevistas estructuradas y

semiestructuradas, escalas específicas y cuestionarios o escalas de psicopatología general.

Según el informe Pandah, (Soutullo, et al. 2013) las entrevistas estructuradas y semiestructuradas dirigidas a padres y tutores son creadas y hechas para la realización del diagnóstico del TDAH y para valorar posibles comorbilidades¹. Estas entrevistas, deben estar centradas en el paciente y progenitores, en un tiempo determinado y partir siempre de una situación general y subjetiva, para ir avanzando a una situación más concreta y objetiva.

A continuación, se presenta una tabla (Tabla 2) en la que se pueden observar esas posibles comorbilidades u otros trastornos que pueden presentar los alumnos con TDAH. A la izquierda, la segunda enfermedad o trastorno que puede estar afectando también al niño con TDAH, y a la derecha la tasa aproximada en los niños con este trastorno.

Tabla 2. Comorbilidades mas frecuentes en niños y adolescentes con 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% presentan un retraso en el habla/entre el 10-54% tienen dificultades expresivas, principalmente pragmáticas
Trastornos generalizados de desarrollo*	Hasta el 26% de los niños con trastorno generalizado del desarrollo (TGD) pueden presentar TDAH de 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
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%
Trastorno del Espectro Autista	El 26% de los niños con trastorno del espectro autista presentan síntomas de TDAH del tipo combinado; un 33% síntomas del TDAH del tipo inatento

Tabla adaptada de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (GPCM, 2010) (Goldstein S. et al, 2004) (APA, 2005).
* A pesar de que los criterios diagnósticos actuales no permiten el diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes con trastornos generalizados del desarrollo, un número significativo de estos pacientes presentan también sintomatología compatible con TDAH que precisa evaluación y tratamiento específico.

Fuente: (Soutullo, et al. 2013, p.40)

Estas entrevistas con padres y tutores están orientadas en torno a unos objetivos a conseguir. A la hora de buscar información en las entrevistas, uno de los principales quehaceres, es conocer el contexto, la historia, las preocupaciones, obstáculos,

¹ La comorbilidad es un término médico, acuñado por AR Feinstein en 1970, y que se refiere a dos conceptos: La presencia de uno o más trastornos además de la enfermedad o trastorno primario. El efecto de estos trastornos o enfermedades adicionales.

ventajas, etc. de los niños. Según el informe Pandah (2013), los objetivos en las entrevistas con los padres son los siguientes:

- *“Comprender por qué buscan ayuda.*
- *Determinar las figuras esenciales en la vida del niño.*
- *Hacer una historia evolutiva de los síntomas principales.*
- *Entender las preocupaciones y expectativas de los padres/tutores.*
- *Conocer el contexto y el rendimiento del niño.*
- *Averiguar la dinámica y los antecedentes psiquiátricos de la familia.*
- *Explorar aspectos de salud física, sueño y alimentación”* (Soutullo, et al. 2013, p.71)

En cuanto a las escalas específicas, éstas se utilizan para detectar la presencia de síntomas del trastorno y para evaluar la intensidad de dichos síntomas. Se subraya que estas escalas nunca deberían utilizarse como sustitutas a la entrevista clínica. (Soutullo, et al. 2013).

“Los cuestionarios de psicopatología general pueden usarse para el cribado de la comorbilidad.” (Soutullo, et al. 2013, p.70)

A continuación, se dispone de una tabla (Tabla 3) en la que aparecen algunos de los instrumentos de evaluación anteriormente nombrados (entrevistas, escalas y cuestionarios) según el informe Pandah (2013).

Tabla 3. Instrumentos de evaluación para el diagnóstico.

Instrumentos de evaluación para el diagnóstico *	
Escalas específicas	ADHD Rating Scales-IV, de Conners, EDAH, Magallanes, Cuestionario TDAH, SKAMP, SWAN, SNAP-IV
Escalas de psicopatología general	Escalas de Achenbach, Cuestionario de Capacidades y Dificultades SDQ, Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes BASC
Entrevistas estructuradas y semiestructuradas	Diagnostic Interview for Children and Adolescents DICA-IV, Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia in School-Age Children KSADS, Diagnostic Interview Schedule for Children DISC
Puebas de inteligencia y neuropsicológicas	WISC-IV, WAIS-III, K ABC, K BIT, McCarthy (MSCA) versión revisada, STROOP Test de colores y palabras, MFF-20, CARAS (Percepción de diferencias), FCR (Figura compleja de Rey), D2 (Test de atención), CSAT (Children Sustained Attention Task), CPT II (Conners' Continuous Performance Test II, TP (Toulouse-Pieron)
Evaluación psicopedagógica	TALE (Test de análisis de lectura y escritura), CANALS (Pruebas psicopedagógicas de aprendizajes instrumentales), PROESC (evaluación de procesos de escritura), PROLEC-R (Evaluación de los procesos lectores), IHE (Inventario de hábitos de estudio), CHTE (Cuestionario de hábitos y técnicas de estudio), DIE (Diagnóstico integral del estudio)
Exploraciones complementarias	Análisis de sangre Estudios de neuroimagen: tomografía computarizada (TC), resonancia magnética (RM) cerebral, tomografía computarizada por emisión de fotones individuales (SPECT) o Tomografía por emisión de positrones (PET) Estudios neurofisiológicos: electroencefalografía (EEG), potenciales evocados.

Fuente: Soutullo, et al. 2013, pág. 70

Además, es posible corroborar y observar estos instrumentos, sus autores, tener una pequeña descripción de los instrumentos, el rango de edad, etc. gracias al artículo de Diez et al. (2011) en la Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre TDAH en niños y adolescentes, en la que aparece una tabla con cada uno de estos instrumentos explicado. En estas tablas, a continuación expuestas, se observarán las escalas específicas de TDAH como son: ADHD Rating Scale- IV (DuPaul et al. 1998), escalas de Conners (Conners, et al. 2008), EDAH (Farré, et al. 1997) y Magallanes (García-Pérez, et al. 2000), cuestionario TDAH (Amador, et al. 2006), y el SNAP – IV (Swanson, et al. 2003). Después, se analizan las escalas de psicopatología general, como: escalas de Achenbach (Achenbach, et al. 2001), Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes BASC (Reynolds, et al. 1992), etc. Por último están las entrevistas estructuradas y semiestructuradas, como: Diagnostic Interview for Children and Adolescents DICA-IV (Herjanic, et al. 1982) etc. **Ver anexo 1.**

Resulta interesante esta tabla de instrumentos de evaluación, ya que se puede observar en ella aspectos estudiados en el temario 4 de la asignatura de “Evaluación, diagnóstico e intervención psicopedagógica”. En ese temario, se explica la utilización de diferentes instrumentos o técnicas, como son las siguientes: la observación, técnicas de autoinforme, técnicas psicométricas, técnica de portafolio y técnicas sociométricas.

En dicha tabla, se observan técnicas de autoinforme como son las entrevistas (estructuradas o semiestructuradas), que son técnicas muy útiles para recoger información directamente del sujeto en una gran variedad de situaciones, o cuestionarios y escalas que podrían llegar a considerarse como entrevistas muy estructuradas sin la necesidad de la acción del evaluador. (Cardona, et al, 2006).

Los test que se mencionan en la tabla que podrían ser utilizados para la detección del TDAH, serían las técnicas psicométricas. Estos test, *“son procedimientos sistemáticos para observar las conductas de un sujeto y describirlas con ayudas de escalas numéricas.”* (Cardona, et. al 2006, p.74). Según esta teoría, existen varios test, como los test psicométricos o proyectivos, test de rendimiento, test de aptitud, de personalidad, normativos, criterios, estandarizados y no estandarizados.

1.2.2.5. Devolución de la información

Una vez realizadas todas las pruebas diagnósticas, con el uso de los instrumentos anteriormente nombrados, o incluso distintos a ellos, se realiza el informe clínico. Este informe es necesario para que los padres puedan solicitar al equipo de orientación del centro escolar una valoración psicopedagógica de su hijo.

Este es un momento en el que se debe ser precavido. La llamada devolución de la información, o el momento en el que se comunica la situación real del paciente. El TDAH es un trastorno sin una clara causa fisiológica, lo que puede llevar a que la comunicación del diagnóstico sea mal recibida por el paciente o la familia del paciente. Es posible que se sienta un alivio por tener una causa al problema del paciente, o por el contrario, se puede creer en la no existencia de dicho trastorno y no confiar en los resultados, sentirse culpable, o temeroso ante el cambio en la realidad del paciente, etc. Por ello, la preocupación de los profesionales ante esta situación, según el Informe Pandah (Soutullo, et al. 2013), es el cómo comunicar el diagnóstico de forma empática y convincente, evitando que tanto el afectado como su familia pongan en duda el diagnóstico. Por una parte, propone unas recomendaciones para favorecer la concordancia con la familia. Por otro lado, propone unos requisitos para comunicar bien el diagnóstico, que a continuación serán citados.

Recomendaciones para favorecer la relación con los padres:

- *“Hacer partícipe al niño o adolescente de su problema.*
- *Justificar la necesidad de la medicación (el TDAH es un trastorno neurobiológico que requiere tratamiento farmacológico).*
- *Favorecer que los padres expresen sus miedos para tratar de mitigarlos, a la vez que se les permite superar su sentimiento de culpa.*
- *Anticiparse a los problemas asociados, ofreciendo soluciones o medidas para minimizarlos:*
 - » *Pérdida de peso: plan de alimentación o, en situaciones excepcionales, individualización del tratamiento.*
 - » *Insomnio: establecer una buena higiene del sueño y en su caso plantear terapia combinada.”* (Soutullo, et al. 2013, p.76)

Requisitos para comunicar bien el diagnóstico:

- *“El clínico tendrá en cuenta el perfil y la situación de la familia que va a recibir el diagnóstico.*
- *Elegir cuidadosamente el mensaje que se desea transmitir y el modo de transmitirlo.*
- *Dedicar un espacio de tiempo de la consulta a informar sobre el trastorno y así combatir la desinformación y los miedos asociados que pueda albergar la familia.”* (Soutullo, et al. 2013, p.77)

1.2.2.6. Tratamientos para TDAH

Existen para el TDAH diferentes tratamientos, o ámbitos desde donde trabajar, que puede considerarse un tratamiento multidisciplinar, combinando los tres tipos de tratamiento, que son: tratamiento psicológico, tratamiento farmacológico y tratamiento psicopedagógico. (Mena, et al. 2006). Para este proyecto, nos centraremos en el psicopedagógico.

1.2.2.6.1. Tratamiento psicológico

Dirigido a dar información sobre el trastorno, ofrecer estrategias tanto para el manejo de la conducta del niño, como de comunicación para mejorar la relación padres-hijos, y también para ofrecer estrategias para aumentar el autocontrol del propio niño.

1.2.2.6.2. Tratamiento farmacológico

Antes de empezar a analizar otros aspectos, resulta interesante poner atención en lo anteriormente comentado acerca de la medicación, pues hay creencias falsas y erróneas al respecto como ya se ha expresado. Como explica Manuel García Pérez, Psicólogo Clínico y Educativo, existe un debate social que se centra en si se debería medicar o no a todos los niños con diagnóstico de TDAH. Bien, pues es un debate, como dice, condenado al absurdo, básicamente por el no conocimiento de la población acerca de este tema. Menciona también los intereses (económicos) que existen detrás de todo ello. Este psicólogo, explica cómo un profesor de categoría excepcional en este tema (Eric Taylor), expuso que antes de nada los pacientes con TDAH deben ser valorados en cuanto al grado de intensidad del trastorno (leve, moderado, grave), y después decidir si se proporciona ayuda farmacológica o solamente psicosocial. Pese a la difusión de dicho procedimiento o

planteamiento, la mayoría de profesionales, principalmente los médicos, lo ignoran, y siguen recetando fármacos en todos los casos. (García, 2012.)

Además de esto, explica cómo después de unos estudios rigurosos (por su forma de hacerlos) en los dos primeros años sí se manifestaba superioridad y una mejora por el uso de medicación por encima de un tratamiento psicoeducativo. Pero las cosas cambiaban a los 36 meses. *“Tras analizar los resultados del seguimiento de estos casos a los 36 meses los resultados fueron un fiasco para los “farmacólogos”. Todas las mejoras obtenidas se fueron perdiendo hasta llegar a igualarse los grupos que recibieron medicación y los que no la recibieron, pero sí fueron atendidos con otra metodología alternativa.”* (García, 2012, p.2)

En 2007 se publicaron dichos resultados, pero no interesó sacarlos a la luz, como explica este psicólogo, por las pérdidas económicas, de prestigio académico y social que ello podría ocasionar, y además exigiría a padres, maestros y educadores un esfuerzo mayor en otras alternativas o medidas.

1.2.2.6.3. Tratamiento psicopedagógico

Por último, antes de centrarse en el alumno en cuestión, se hará el estudio del tratamiento psicopedagógico de los alumnos con TDAH. Para ello se hará uso de la Guía Práctica Clínica (GPC) sobre el TDAH. *“Según la GPC, la intervención psicopedagógica representa un conjunto de prácticas institucionalizadas de intervención en el campo del aprendizaje, sea como prevención y tratamiento de trastornos, sea como modificación del proceso de aprendizaje escolar.* (Castorina et al. 1989 citado en GPC, 2010, p.94).”

Según Ochando (2015), los alumnos diagnosticados con TDAH, necesitan un programa de intervención específico e individualizado con el objeto de mejorar sus habilidades y competencias académicas, conductuales, sociales y emocionales. Para esta doctora, un programa de intervención psicopedagógica en la escuela, debe incluir una formación a docentes sobre el TDAH para favorecer la detección de señales de alerta, un entrenamiento para los docentes con el fin de entrenar modelos de conductas o comportamientos, y unas adaptaciones curriculares que favorezcan el funcionamiento en el aula y el aprendizaje del alumno.

Para contrastar la información de Ochando (2015), se analizará la siguiente información. Según la GPC, *“los niños y adolescentes con TDAH precisan de un programa de intervención individualizado en la escuela que incluya aspectos académicos, conductuales, sociales y emocionales. Además, los programas deben*

implicar a la mayor parte del cuadro docente y contar con la familia u otros profesionales para facilitar su eficacia” (Diez, et al. 2011, p.95)

1.2.2.6.3.1 Adaptaciones curriculares

Como se observa, uno de los pasos de este tratamiento psicopedagógico desde el punto de vista escolar, consiste en la modificación del proceso de aprendizaje. Esto, entre otras cosas, hace referencia a las adaptaciones curriculares. Como ya se ha explicado a lo largo de este marco teórico, existe una gran heterogeneidad entre los alumnos que son diagnosticados con TDAH, por lo que es preciso atender a todos ellos, independientemente de sus características, habilidades, capacidades, etc. Por ello, es importante atender correctamente desde la escuela este aspecto para poder darles una respuesta educativa eficaz; para ello, una de las estrategias a utilizar son las adaptaciones curriculares.

Las adaptaciones curriculares, según el Blanco (s.f.) son el *“proceso de toma de decisiones compartido tendente a ajustar y complementar el currículo común para dar respuesta a las necesidades educativas especiales de los alumnos y lograr su máximo desarrollo personal y social. Se trata de construir un currículo a la medida del alumno.”* (Blanco, s.f. p.5). Continuando con la lectura, se observa que estas adaptaciones curriculares “constituyen un continuo” y son “relativas y cambiantes”; es decir, se trata de que contemplen un trabajo continuado y son cambiantes en la medida que el sujeto vaya evolucionando. (Blanco, s.f.)

Una vez se entiende en qué se basan las adaptaciones curriculares, teniendo en cuenta esta explicación acerca de las adaptaciones curriculares, y según Falcones et al., se puede observar que los alumnos diagnosticados de TDAH requieren adaptaciones curriculares no significativas centradas en la metodología y evaluación del proceso de enseñanza-aprendizaje. En principio, estos alumnos no requieren unas adaptaciones curriculares significativas, aunque, es importante reconocer, que a veces, se necesitan en áreas específicas en los casos en los que hay algún trastorno de aprendizaje asociado al TDAH como puede ser la dislexia, discalculia, etc. (Falcones, et al. 2011).

Las adaptaciones curriculares no significativas, por consiguiente, y de nuevo haciendo referencia al Blanco (s.f.) son *“modificaciones que se realizan en los diferentes elementos de la programación diseñada para todos los alumnos de un aula o ciclo para responder a las diferencias individuales, pero que no afectan prácticamente a las enseñanzas básicas del currículo oficial.”* (Blanco, s.f. p.8).

Estas adaptaciones curriculares no significativas son realizadas cuando el desfase entre el sujeto y su grupo de edad no es muy importante o es poco importante. Las adaptaciones curriculares serán realizadas por el equipo docente, en colaboración por el profesor tutor, y bajo el asesoramiento del equipo de orientación. (Blanco, s.f).

Estas adaptaciones suelen hacer referencia, a la realización de actividades complementarias, al uso de diferentes metodologías para el proceso de enseñanza, a la evaluación mediante procedimiento diferentes, etc. (Blanco, s.f.). Además de ello, se basan en cambios en la temporalización, en la priorización de unos contenidos sobre otros, de la adaptación de los objetivos dando más importancia a los objetivos realmente importantes y a los que están al alcance del alumno, en la metodología, utilizando procedimientos didácticos, actividades diferentes, y en la evaluación, utilizando diferentes instrumentos y técnicas de evaluación. (Blanco, s.f)

En lo que respecta a un alumno con TDAH y a las adaptaciones curriculares, y haciendo referencia al temario 3 de la asignatura “Atención Psicoeducativa a las necesidades educativas especiales en el contexto escolar” y a los autores empleados en dicho tema, las adaptaciones curriculares no significativas serian las siguientes:

- *“Adaptaciones metodológicas generales*
- *Adaptaciones metodológicas en las tareas*
- *Adaptaciones metodológicas en los objetivos*
- *Adaptaciones en las evaluaciones”*

En cuanto a las adaptaciones metodológicas generales son ejemplos como situar al alumno en las filas de delante para que se centre mejor, asegurar su comprensión, y permitir al alumno hiperactivo que de vez en cuando haga algún desplazamiento por el aula. (Duk, et al. s.f.)

En cuanto a las adaptaciones metodológicas en las tareas, adaptar el tiempo que se asigna a la realización de las tareas, adaptar la cantidad de tareas tanto para casa como para el aula, facilitar estrategias para la realización de las tareas, etc. (Duk, et al. s.f.)

En cuanto a las adaptaciones metodológicas en los objetivos, priorizar unos sobre otros, cambiar la temporalización de los logros de dichos objetivos, y

desglosar los objetivos en metas más acordes, realistas, y más cercanas para los alumnos, sin olvidarse de los demás objetivos. (Duk, et al. s.f.)

En cuanto a las adaptaciones en las evaluaciones, modificar, adaptar o introducir diferentes técnicas o instrumentos de evaluación. (Duk, et al. s.f.)

1.2.2.6.3.2 Intervención educativa

En cuanto a la intervención educativa, ésta debe tratar de conseguir un aprendizaje significativo, que según Ausubel (1976), significa relacionar las nuevas ideas con lo que el alumno ya sabe, de una manera intencional, no un aprendizaje mecánico, literal ni al pie de la letra. Supone tanto que la persona manifiesta una actitud hacia este tipo de aprendizaje, intencional, como que lo que aprende es realmente significativo para la persona. (Ausubel, 1976).

Esto es lo que se va a tratar de conseguir con esta intervención con este alumno. Partir de lo que él ya sabe, para ofrecerle nuevos conocimientos y estrategias para que lo que se realice en clase sea un aprendizaje significativo para él, y a groso modo, para todos los alumnos. Para ello, se va a realizar una intervención desde la inclusión, en la que se trabajará de forma cooperativa entre los alumnos, en pequeños grupos, porque como ya se ha analizado a lo largo de este marco, es la mejor manera para que todos los alumnos aprendan de todos, y se llegue a dicha inclusión. (Pujolás, 2012). Todo ello, se analizará en el apartado de “fundamentación de la metodología”.

En la escuela inclusiva se busca la inclusión de todos los alumnos, sean cuales sean sus necesidades. No se excluye a los alumnos con necesidades educativas especiales. Todos ellos tienen cabida en ella, y todos recibirán la ayuda necesaria para que puedan alcanzar una escolarización exitosa. (Verdugo, 2011). Pero ofrecer una escuela cien por cien inclusiva es realmente difícil, como también ya se verá en el siguiente apartado de “fundamentación de la metodología”.

Por lo tanto, teniendo en cuenta lo anterior, la intervención no puede considerarse neutra ya que tiene que ser planificada, dinámica, flexible y definida teniendo en cuenta los valores y actitudes de los profesores y docentes, así como las políticas que el centro utiliza con el fin de concretarla de forma idónea para el alumnado con TDAH y poder ofrecer una respuesta eficaz a las necesidades educativas individuales. (Lajas, 2012)”

El alumno es el protagonista y último responsable de su proceso de aprendizaje, por lo que, cualquier plan e intervención debe realizarse en el contexto del centro y aula, ya que es en la realidad en la que se desenvuelve el alumno y donde se van a determinar las decisiones sobre el qué enseñar, cómo hacerlo, qué recursos existen al alcance y cómo evaluar todo el proceso de enseñanza aprendizaje. (Lajas, 2012)

Resulta importante también, en este caso, dotar a los profesionales de la educación con una formación sobre este trastorno. Con ello se consigue que los docentes reciban una psicoeducación sobre el trastorno, modificando sus pensamientos y sus opiniones hacia los alumnos con este trastorno, adquiriendo pautas de conducta y formas de actuar necesarias para trabajar con estos alumnos, o habilidades que les permita una detección precoz y de atención temprana. (Soutullo, et al. 2013)

Por último, cabe mencionar también que las principales conclusiones obtenidas en el informe Pandah (2015) representan una serie de dificultades que se encuentran en el entorno escolar relacionadas al TDAH. Todas estas dificultades, no facilitan el progreso del alumnado de TDAH en su proceso de aprendizaje, y en cierta manera, pueden dificultar su inclusión en el colegio, y en definitiva en la sociedad. Estas dificultades hacen referencia al desconocimiento del trastorno, estrategias ineficaces, incoherentes o contraproducentes para el manejo del alumnado con TDAH, no conocer las pautas y directrices más indicadas para dar respuesta a esta necesidad, dificultades en la coordinación y comunicación entre el docente y profesionales clínicos, etc. (Soutullo, C. et al. 2013). Por ello, estos son los objetivos a alcanzar en este proyecto.

Para finalizar con este marco teórico, una vez estudiado en qué se basan las necesidades educativas especiales, después de analizar el TDAH como trastorno y analizar la teoría que le corresponde, ahora se centrará en el alumno. Es decir, vamos de una información muy global, a una cada vez más específica, con el fin de orientar poco a poco al lector en el tema y al sujeto de estudio.

1.2.3. Sujeto de estudio

El alumno en cuestión es un varón de 8 años, que está cursando 3º de Primaria. Está diagnosticado de TDAH. Dentro de los tres tipos de trastornos anteriormente citados, nombrados y explicados, está diagnosticado con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad tipo combinado, es decir, es el tipo en el que se presentan síntomas tanto atencionales como hiperactivos impulsivos. (Mena et al. 2006). Esto en la realidad le lleva a tener problemas de atención en lo académico, y problemas de socialización, ya que suele hablar por encima de los demás, les pisa en las conversaciones, no respeta los turnos, ni las normas, etc. aunque sepa que las hay.

Este alumno, acudía a una clase ordinaria como todos los alumnos, respetando el colegio los valores que este defiende, como el de la inclusión. Pero, al pertenecer a un centro que contaba con un aula de apoyo y una profesora expresamente dedicada a esta aula, el alumno en cuestión acudía en ciertas ocasiones a esta aula para recibir un apoyo extra en sus quehaceres académicos.

En cuanto a las adaptaciones, este alumno, como se ha mencionado a lo largo de este marco teórico, tenía unas adaptaciones curriculares no significativas. Dada la poca información que el centro proporcionó sobre este alumno, sólo es posible mencionar que estas adaptaciones, estaban basadas en la priorización de los objetivos y contenidos, ya que llevaba un cierto retraso respecto a los compañeros de su clase.

En cuanto a la metodología de trabajo, a este alumno se le dotaba de más tiempo para la realización de las tareas, y por ello en ciertas ocasiones acudía al aula de apoyo, para poder terminar las tareas que se le encomendaban. Estaba situado en la parte delantera del aula, con el fin de captar más su atención. Pese a ello, no tenía un buen comportamiento, y se distraía mucho.

Lo que refiere a la evaluación, como a este alumno en ocasiones se le priorizaban unos contenidos sobre otros y unos objetivos sobre otros, tenía una evaluación distinta a la de sus alumnos.

2. OBJETIVOS

Objetivos generales:

- Hacer una propuesta psicopedagógica inclusiva para el caso de un niño de 8 años diagnosticado de TDAH.

Objetivos específicos:

- Adquirir hábitos de trabajo autónomos, por parte del alumnado, en el entorno escolar y familiar.
- Organizar el espacio, el tiempo y la estructura del aula para facilitar la participación y el progreso del alumno.
- Definir y establecer normas con todo el alumnado que regulen el funcionamiento del aula.
- Ofrecer estrategias eficaces y coherentes a los docentes y familia,
- Proponer prácticas de aula participativas en base a actividades significativas, partiendo de sus conocimientos previos o relacionados con su vida cotidiana.
- Fomentar el trabajo conjunto entre profesor alumno.
- Fomentar el trabajo cooperativo entre alumnos.
- Ofrecer una orientación y formación tanto a la familia como al profesorado, en relación al trastorno de TDAH.

3. BREVE FUNDAMENTACIÓN DE LA METODOLOGIA

Como ya se ha mencionado en el apartado anterior, el objetivo general de este proyecto se basa en la creación de una propuesta psicopedagógica inclusiva para el alumno diagnosticado de TDAH. Para justificar esta decisión, se van a tener en cuenta diferentes autores que defienden una misma teoría.

En primer lugar, y como se ha mencionado durante el marco teórico de este proyecto, para Pujolás (2012) la educación/aulas inclusivas están estrechamente relacionadas con el aprendizaje cooperativo. El aprendizaje cooperativo, supone la inclusión de todos los alumnos, la necesidad de todos ellos, y la inclusión de todos los niños supone un aprendizaje cooperativo. (Pujolás, 2012).

Para este autor, “la estructura de la actividad” que se desarrolla en una clase, es un aspecto determinante del grado de inclusión en el aula. Se entiende como “estructura de la actividad”, al conjunto de elementos y operaciones que se utilizan a lo largo de la sesión o actividad, y dependiendo de la combinación de ellas, produce un efecto u otro entre los alumnos; una estructura individualista, competitiva y/o cooperativa. La estructura individualista de la actividad, es una estructura en la que los alumnos trabajan individualmente, sin interactuar ni fijarse en lo que hacen los demás, para no romper el ritmo de los compañeros, y sólo interactúa con el profesorado para la solución de dudas. Estos alumnos aprenderán lo que el profesor les enseñe, y aprenderán independientemente de lo que aprendan los demás compañeros. En la estructura de la actividad competitiva, los alumnos también trabajarán individualmente, pero en este caso sí que se fijarán en el resto de sus compañeros, para ver cómo van y competir contra ellos para tratar de ganar. En este caso también se espera que aprendan lo que los profesores les dicen, pero más contenido que los demás y antes que el resto de sus compañeros. Esto conduce a que no se ayuden, todo lo contrario; ocultarse información, guardar la respuesta correcta, etc. Estos alumnos aprenderán, si los demás no lo consiguen. Esto fomenta la competitividad. (Pujolás, 2012).

En cambio, en la estructura de actividad cooperativa, los alumnos se distribuyen en grupos de trabajo heterogéneos, de forma que se ayudan y se animan mutuamente a la hora de realizar las actividades. De este modo, los alumnos no aprenden solamente de su profesor, sino que aprenden los unos de los otros también. Por lo que en este tipo de estructura, los alumnos aprenderán si los demás también aprenden. Esto fomenta la cooperatividad. (Pujolás, 2012)

Gracias a ello, los alumnos colaboran entre ellos, se ayudan, cuentan los unos con los otros en las actividades, y esto hace que los alumnos o alumnas que tienen dificultades en sus procesos de aprendizaje, tengan más oportunidades de aprender y de ser atendidos adecuadamente, lo cual fomenta la inclusión. (Pujolás, 2012).

Esto mismo defiende Ainscow (1995), que explica que el hecho de fijarnos en las características individuales de los alumnos, conlleva la atención individualizada, separada, lo cual no posibilita la interacción con los demás. Esto limita el aprendizaje de los alumnos separados, ya que la interacción y cooperación con otros compañeros con diferentes motivaciones, intereses, capacidades, beneficiaría sin duda el aprendizaje de todos. (Ainscow, 1995)

Otro aspecto a tener en cuenta, e interesante para resaltar en este apartado, es que muchas de las prácticas educativas realizadas con alumnos diagnosticados de TDAH, se definen como poco eficaces e inclusivas. ¿Esto por qué sucede? Por lo que Young (2002) denomina “exclusión interna”. Es decir, juntos en la misma clase, pero separados por el currículo. Una simple integración física, no una real. Pero como explican Galán y colaboradores, otra realidad es posible haciendo que las aulas ordinarias se conviertan en contextos reales de interacción y colaboración. Como explican en este artículo, las actuaciones educativas de éxito serían las actuaciones inclusivas. Además, creen que la educación no es sólo función de la escuela, sino que también implica a la familia. (Galán, et al. 2014)

Por tanto, la propuesta (teórica) de este proyecto se va a basar en una intervención inclusiva, que no separe al alumno diagnosticado de TDAH del resto de compañeros, y esto queda justificado gracias a los autores mencionados.

Aunque en realidad, la inclusión es una utopía. Para conseguir la inclusión, es necesaria la participación de todo el alumnado en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Serían necesarias las 3 variables anteriormente explicadas de Ainscow: presencia, aprendizaje y participación. (Ainscow et al. 2006). Estamos en un modelo de integración, en el que el alumno es integrado en el aula, lo que Ainscow (2006) denomina como presencia, pero se realizan adaptaciones curriculares individuales, para que el niño con necesidades educativas trate de seguir el ritmo de la clase, por lo que no se consigue la inclusión en su totalidad. El objetivo de la inclusión, según Verdugo (2011) sería “alcanzar la **igualdad, la participación y la excelencia** de tal forma que se consiga desarrollar al máximo las potencialidades, aceptar las diferencias individuales y proporcionar apoyos

individualizados y atención a la diversidad centrada en la persona. (Verdugo, 2011). Es el camino hacia la inclusión, por ello será difícil realizar una intervención inclusiva en su totalidad.

Dicho esto, se realizará una intervención “inclusiva” para el alumno, una intervención familiar, ya que la familia es también participe de la educación de los hijos, y un seguimiento, para observar las mejoras adquiridas y analizar o evaluar la intervención para establecer posibles mejoras.

Para la intervención con el alumno, se utilizarán diferentes herramientas para en un futuro observar las posibles mejoras, como el cuestionario Conners (Conners, et al. 2008), para padres y profesores, una entrevista semiestructurada antes y después de la intervención, y se creará también un documento diario.

En cuanto a la escala Conners (Conners, et al. 2008) se le pasará en un principio para conocer los resultados, y al final de la intervención para poder observar las mejoras.

También se hará una entrevista semiestructurada con la familia y profesorado, antes de la intervención, con el objetivo de recoger información y conocer la percepción de la familia y profesorado acerca de la situación problemática. Para ello se tendrán en cuenta diferentes variables como:

- Los síntomas de hiperactividad, impulsividad e inatención del niño, tanto en la escuela como en casa.
- Los comportamientos problemáticos del niño percibidos por los padres y profesores.
- Las estrategias utilizadas para resolver estos problemas y analizar sus resultados.

De este modo, se dispone de dos vías de recogida de información, que se podrán contrastar para tener la mayor información posible. La entrevista semiestructurada, y la escala Conners. (Conners, et al. 2008)

Por último, otra herramienta que utilizaremos será un documento diario, tanto para el entorno escolar como para el familiar, guiado por el psicopedagogo, en el que se registren las actividades realizadas por el alumno, para ver cómo se adecúa al programa y para en un futuro ver sus avances.

Se realizarán también diferentes actividades tanto a nivel grupal para trabajar de forma cooperativa tal y como indican los autores mencionados, como alguna individual para trabajar con el alumno.

Se realizarán adaptaciones no significativas, como la colocación en el espacio de clase, adaptaciones en la metodología para las actividades tanto de clase como de casa, (se reducirán las actividades), se cambiará la temporalización para la obtención de los objetivos y contenidos, y en cuanto a la evaluación se utilizaran técnicas para evaluar todo su proceso y ver los avances que ha habido.

Para la intervención familiar, el principal objetivo será la formación de la familia en torno a este trastorno. En muchos casos, las familias se sienten culpables por los problemas que tiene el alumno, por no ser capaces de ofrecerle una buena educación, o creen que sus hijos son unos vagos que no quieren hacer nada; con esto también consiguen que los niños se queden tristes, se enfaden y no quieran hacer más cosas. Los niños tratan de hacer, y ven que fracasan, tratan de hacerlo otra vez, y de nuevo fracasan, por lo tanto los padres son los que deberían ayudarles. En esta parte se les darán actividades y pautas para que sepan llevar esta situación.

En el seguimiento, se volverán a pasar las mismas herramientas con el objeto de ver las posibles mejoras que el alumno va adquiriendo a lo largo del tiempo. También servirá para ir observando la intervención propuesta e ir viendo si se necesitan adaptaciones o modificaciones en determinadas acciones y estrategias. En el caso de que la intervención sea correcta, se seguirá por ese camino; si la intervención, no sirve de nada, y no produce mejoras en el alumno, se tratará de modificar y adaptar dicha intervención. Por lo tanto no será una intervención rígida.

4. DESARROLLO

En este apartado, se llevará a cabo la intervención en sí con el alumno. Después, se verá la intervención con la familia, y por último se realizará el seguimiento de la intervención con el alumno.

Como ya se ha mencionado a lo largo del proyecto, este alumno presenta un diagnóstico de TDAH de tipo combinado, es decir, es el tipo en el que se presentan síntomas tanto atencionales como hiperactivos impulsivos. (Mena et al. 2006). Esto le lleva a tener problemas de atención en lo académico, por lo que se presenta un rendimiento académico inferior y problemas de socialización con el resto de compañeros y profesores ya que no respeta los turnos, las normas, habla por encima de los demás, etc.

4.1 Intervención escolar

4.1.1 Intervención con el alumno

Como ya hemos dicho, tenemos que diferenciar dos tipos de deficiencias. Por una parte, la que produce la inatención, que supone problemas de atención y concentración en ámbitos académicos, como en la lectura, escritura, matemáticas, etc. y por otra parte la que produce la impulsividad, que serían los problemas de socialización.

Cabe mencionar también, y resulta muy importante decirlo, que para tratar de lograr la intervención inclusiva de la que hemos hablado a lo largo del marco, estas estrategias y actividades, se utilizarán en el grupo clase y con todos los alumnos, sin diferenciar los que tienen necesidades educativas, de los que no. De esta manera estamos tratando al alumno diagnosticado de TDAH, como a todos los demás.

4.1.1.1 Problemas de atención

Para empezar, se analizarán diferentes estrategias para trabajar la atención del alumno en los diferentes ámbitos académicos en los que tiene dificultades, como en la lectura o matemáticas y otras para controlar el comportamiento en clase. Después, veremos algunas actividades que se pueden realizar en clase con los demás compañeros para trabajar la atención.

4.1.1.1.1. Estrategias

En relación a la lectura, se pueden observar diferentes estrategias, como las siguientes:

- Premiarles con fichas, cada X palabras bien leídas (previamente acordado), y después de varias frases bien leídas, intercambiar esas fichas por premios previamente acordados. De esta manera, se incrementa la atención y motivación a la hora de la lectura.
- Compartir la lectura con el educador o con el resto de compañeros. Se pueden establecer varias estrategias dentro de esta misma estrategia, como leer una frase cada uno, acordar qué parte del texto le tocará leer, etc. De esta forma, se aumentará el nivel de atención durante la lectura, y además favorecerá a una buena autoestima.
- Utilizar un cartón o cualquier otra herramienta para poner debajo de cada línea del texto para seguir la lectura y evitar que se pierda con asiduidad, o encontrarse, si en algún momento se ha distraído. Con esta estrategia tratamos de aumentar la atención y que no se pierda constantemente.
- Utilizar textos cortos, interesantes, con ilustraciones, para motivarle y entrenarle en la lectura. Además, entre las diferentes propuestas que se hagan, el alumno podrá escoger qué quiere leer, para motivarse más.
- Entrenar al niño, para que ante instrucciones o enunciados, rodee las palabras clave para llevar a cabo la tarea que le encomiendan.

En relación a las matemáticas, se pueden observar diferentes estrategias que podrán utilizar todos los alumnos, como son las siguientes:

- Cuando no comprende lo que el enunciado requiere, es decir, la operación que debe utilizar para resolver el problema se pueden utilizar unas autoinstrucciones como las siguientes:
SUMAR = añadir cosas (+)
RESTAR = quitar cosas (-)
MULTIPLICAR = añadir cosas VARIAS VECES (x)
DIVIDIR = repartir cosas (:)
- Cuando entiende la operación que debe usar, pero a la hora de realizar la actividad se olvida y se equivoca de signo por impulsividad, se puede utilizar esta estrategia en la que se pintan los signos en diferentes colores. Esto le llevará a dedicar un tiempo a pensar.

SUMAR (+) verde
RESTAR (-) rojo
MULTIPLICAR (x) azul
DIVIDIR (:) morado

En cuanto a otras estrategias más generales para utilizar en el día a día y en cualquier momento con todos los alumnos, se pondrán las siguientes.

Una de ellas sería las tutorías con el alumno (de unos 10 minutos). Tutorías en las que se hablaría con el alumno sobre qué es lo que se esperará de él durante el día. Para ello, se podrán utilizar una especie de contratos. (Mena, et al. 2006).

Otra estrategia a utilizar que resulta eficaz a la hora de poner atención para la resolución de problemas es la de la aplicación de auto instrucciones. El objetivo de esta estrategia es que el alumno recapacite y piense por él mismo para regular su comportamiento atencional y el autocontrol. (Falcones et al. 2011). Deben hacer uso de las siguientes autoinstrucciones: paro, miro, decido, sigo, repaso. (Mena, et al. 2006).

Otras estrategias a utilizar en el aula, serían el refuerzo positivo y/o el refuerzo negativo.

En cuanto al refuerzo positivo, es cierto, por propia experiencia, o relatos de experiencias de los padres y profesores, que se tiende más a castigar conductas y acciones desafortunadas, que a premiar acciones correctas. (Susana, 2008). Y posiblemente no se conocen los efectos positivos que el refuerzo positivo puede ocasionar no solo en alumnos con trastornos o deficiencias, sino en todos los niños y personas. Como explican Mena, et al. (2006), el refuerzo positivo es la mejor estrategia para trabajar el control de conducta, generando autoestima y respeto. (Mena, et al. 2006)

Por lo tanto, se rogará a los profesores que utilicen muy a menudo el refuerzo positivo para elogiar las buenas conductas de los alumnos. Para ello, deberán seguir unas pequeñas indicaciones:

- Se les pedirá que premien o elogien conductas muy concretas. Es decir, no sólo decir a los alumnos que se han portado muy bien o que ha hecho algo muy bien, sino que especificarles el porqué. “Te has portado bien, porque has respetado el turno de hablar”. (Mena, et al. 2006)

- Se les pedirá que elogien de forma sincera. Es decir, cuando se sabe que algo realmente le cuesta, y aun así, el niño trata de hacerlo. “Soy consciente de que esto le cuesta, por lo tanto voy a decírselo.” (Mena, et al. 2006)
- Una estrategia para el refuerzo positivo, será también beneficiar al niño con posibles premios materiales, o privilegios como más tiempo de descanso, más tiempo de recreo, un positivo etc. (Mena, et al. 2006)

Esta técnica o estrategia puede ser complementada mediante un “informe” de autoevaluación o autorregistro hecho por el alumno, como la evaluación del semáforo, que incluso mejorará la eficacia de esta técnica.

El refuerzo negativo, al contrario que el refuerzo positivo, se basa en retirar estímulos desagradables después de que los alumnos realicen la conducta que se desea. Se recompensa el esfuerzo retirando cosas desagradables. (Falcones, et al. 2011)

Se recomendará a los profesores que alternen estas dos técnicas, usando a veces el refuerzo positivo, y otras el refuerzo negativo.

“Si haces bien los primeros ejercicios, no harás los últimos.”

4.1.1.1.2. Actividades

Una vez vistas qué estrategias se llevarían a cabo con el alumnado de clase, y el alumno con TDAH, ahora se observarán diferentes actividades o juegos que se podrían trabajar en clase y que ayudará a trabajar la atención y concentración del alumno con TDAH. Estas actividades o juegos se podrán realizar en grupos para favorecer también la comunicación y motivación del alumnado.

1ª actividad. Juego de cartas Halli Galli.

En este juego, los niños tienen que tocar una campana situada en el centro de la mesa, cuando entre las cartas visibles, haya cinco frutas iguales.

Mediante este juego, se trabajan la atención y la concentración a partes iguales, ya que debe estar atento a sus propias cartas, y a las de sus compañeros que están alrededor. Por otra parte, también se trabajará la impulsividad y el control del niño ya que no debe precipitarse a tocar la campana sin haber mirado antes las cartas. Es algo que será difícil de conseguir, pero se tratará, mediante el refuerzo positivo u otras técnicas, que controle la impulsividad y se cerciore que están las 5 frutas encima de la mesa antes de tocar la campana.

2ª actividad. Juego de mesa Rush Hour.

En este juego, los alumnos tienen que ir moviendo las piezas del tablero, para dar salida a una pieza en concreto. El tablero tiene una sola salida, y por ahí es por donde tiene que salir la pieza seleccionada. Pero, hay otras piezas que dificultan la salida, por lo que deberán mover las fichas estratégicamente hasta liberar el camino hacia la salida.

Mediante este juego, se trabaja el razonamiento espacial, la concentración, la atención, la perseverancia y la confianza.

3ª actividad. Laberintos

Son juegos sencillos que requieren de la concentración y atención para llevar un objeto, o marcar con un simple lápiz, un recorrido enrevesado desde una salida, hasta el final. Existen diferentes niveles de dificultad, por lo que se adecuará al nivel del alumno.

4ª actividad. Puzles

Es un juego, que pueden jugar en parejas. Existe una gran variedad en este tipo de juegos y sirven para trabajar la atención, la concentración y el control de impulsos. El objetivo es la unión y correcto encaje de diferentes piezas hasta lograr la forma o dibujo establecido.

5ª actividad. Sopas de letra

Es otro tipo de juego o de actividad que se puede trabajar en parejas y grupos, o individualmente, y en la que se trabajará sobre la atención y concentración del niño. Consiste en la búsqueda de palabras en un mar de letras.

6ª actividad. Diferencias

Es un tipo de juego o de actividad que se puede trabajar en parejas y grupos, o individualmente, y en la que se trabajará sobre la atención y concentración del niño. Consiste en buscar 3, 5, 7 o las diferencias que sean entre dos dibujos aparentemente semejantes.

7ª actividad. Parejas

Es un tipo de juego o de actividad que se puede trabajar en parejas y grupos, o individualmente, y en la que se trabajará sobre la atención, memoria y

concentración del niño. Se basa en buscar parejas de fichas, dibujos, etc. en piezas colocadas bocabajo.

Es importante recalcar ahora, una vez ofrecidas un abanico de estrategias y actividades para trabajar la atención, que es importante que sea el niño quién decida a qué juego le gustaría jugar. Además, destacar las técnicas de entrenamiento en autoinstrucciones propuestas anteriormente para saber qué se esperará del alumnado, y para el control de impulsos.

4.1.1.2. Problemas de socialización

Después de ofrecer estrategias y actividades para trabajar la atención, ahora nos centraremos en estrategias y actividades para trabajar la socialización del niño. Enseñarle estrategias para respetar las normas y límites que se establecen de antemano en el aula y a trabajar de forma cooperativa y en grupos, para poder aprender lo máximo del resto de compañeros.

4.1.1.2.1. Estrategias

Dentro de las estrategias, se analizarán, por un lado, estrategias para fomentar el trabajo cooperativo en el aula (Pujolás, 2012), y en definitiva a la inclusión del alumno (Ainscow, 2006) y, por otro lado, estrategias para evitar conductas disruptivas de los niños que puede derivar en problemas sociales.

Dentro de las estrategias para fomentar el trabajo cooperativo, se encuentran las que a continuación se observaran. Antes, hay que mencionar, que para cambiar de metodología a un aprendizaje cooperativo, habría que comenzar por cambiar la ideología del profesorado, por lo tanto:

- Se debe empezar, centrandó el apoyo que se quiere dar en el equipo docente que trabaje en este centro, y no solo en el alumno con TDAH. Como se ha mencionado a lo largo de este trabajo, existe el desconocimiento acerca del tema, por lo que habría que empezar desde la base, que es el equipo docente.
- Otra de las estrategias a utilizar sería la redistribución de los recursos humanos del centro, para que haya más personas adultas en clase. El alumno en cuestión se queda en clase, y el profesional que le ayuda fuera de ésta, también entra en clase. De esta manera se consigue que el alumno esté más vigilado y trabaje más para respetar las normas. Además, se

fomentará también el diálogo ya que se podrán crear más grupos de discusión con la supervisión de las personas adultas.

- La cuestión no es dar conocimientos diferentes a los alumnos con dificultades, sino apoyar a este alumno y proporcionar diferentes recursos para que pueda alcanzar los mismos contenidos y los mismos objetivos.
- Una estrategia para conseguir esto, supone el trabajo cooperativo mencionado a lo largo del trabajo. La inclusión del alumno con TDAH, no es beneficiosa para el alumno en concreto, sino que para todo el alumnado.
- Crear grupos de trabajo para todas las actividades, en la que los alumnos deben respetar unas normas y unos límites.
- Crear grupos de trabajo, en los que los alumnos deberán compartir sus pensamientos, sus argumentos, para llegar a acuerdos finales.
- Potenciar la ayuda entre el alumnado, y la solidaridad para la mejora del aprendizaje de todo el alumnado.
- Crear grupos interactivos, en los que se deban aplicar los principios del aprendizaje dialógico.

Ahora, se analizarán algunas de las estrategias más conocidas para eliminar conductas disruptivas, las cuales pueden causar problemas con los demás compañeros, y con las demás personas. Una de estas estrategias es la conocida como “tiempo fuera”. Esta técnica, consiste en aislar al niño a un lugar en el que no haya estímulos que puedan reforzar la conducta indeseada. Se pactará con el alumno cuales serán esas situaciones en las que se aplicara el “tiempo fuera”. El objetivo de esta técnica, es que dicha conducta no deseada desaparezca. Se puede aplicar de forma total, echando al alumno de clase, o de forma parcial, dejándolo en un rincón de clase. Es muy recomendable que esta técnica no sobrepase los 10 minutos, un minuto por cada año del alumno. Un ejemplo de ello: “si gritas en clase, saldrás 8 minutos (puesto que el alumno tiene 8 años) fuera de clase” (Falcones, et al. 2011).

Otra estrategia conocida también, es la llamada “extinción”. Esta es la mejor estrategia para reducir las conductas no deseadas. Se basa en no prestar atención a la conducta que no queremos que se repita. Pero para ello, hay que tener en cuenta dos factores. El primero es que no haya reforzadores de la conducta cuando se aplica la extinción, como compañeros que se rían, etc. La segunda es que, al principio de la aplicación de esta técnica, posiblemente la conducta indeseada aumentará, pero no significa que no esté funcionando. Se deberá esperar un tiempo

hasta observar la disminución de la conducta. Por ejemplo, si se demanda la atención del profesor chillando, se le ignorará. (Mena, et al. 2006).

La última estrategia que se mencionará será, el “coste de respuesta”. Esta técnica, es la contraria a la “economía de fichas” que se utilizará y explicará en la intervención familiar. El “coste de respuesta” trata de retirar reforzadores positivos, cuando se lleva a cabo la conducta indeseada. Un ejemplo de ellos es: “Si no haces los deberes de casa, te pondré un negativo, y a los 10 negativos se te quitará medio punto.” (Falcones, et al. 2011)

4.1.1.2.2. Actividades

Una vez vistas qué estrategias se llevarían a cabo con el alumnado de clase, y el alumno con TDAH, ahora se observarán diferentes actividades que se podrían trabajar en clase y que ayudará a trabajar la relajación (para evitar la impulsividad) del alumnado y del alumno con TDAH. Al aprender a controlar esa impulsividad gracias a las estrategias y las actividades, las relaciones interpersonales también se verán influenciadas positivamente. Estas actividades o juegos se podrán realizar en grupos para favorecer también la comunicación y motivación del alumnado.

Estas actividades serán actividades de respiración.

1ª actividad. ¿Cómo respira el ratón y el elefante?

Para esta actividad se les enseñará a los alumnos a respirar de dos maneras. Una de forma pausada y floja, y la otra de forma rápida y fuerte. Se les dirá que el ratón es el que respira de forma pausada y floja, porque es un animal pequeño, y el elefante es quien respira rápido y fuerte, porque es el animal grande. Debemos decir a los alumnos que la respiración más adecuada es la del ratón. Para ayudarnos a enseñarles a respirar de esta manera suave, podemos hacer uso del papel de seda, para tratar de no moverlo con la respiración suave.

Con esta actividad se les enseña a respirar de manera pausada y suave, lo cual ayuda a relajarse.

2ª actividad. Soy un globo

En esta actividad, los niños deberán imitar un globo que se hincha y se desinfla. Para esta actividad, deberán aprender a inspirar por la nariz, para hinchar el globo, y a expirar por la boca para deshinchar el globo. Podrán hacer uso de sus

brazos para imitar mejor al globo, abriendo los brazos cuando inspiran, y cerrándolos cuando expiran el aire.

Con esta actividad se les enseña a inspirar y a expirar, que les ayudará en la relajación.

3ª actividad. La sopa está caliente o fría.

En esta actividad, el alumnado imitará la acción de comer sopa. El profesor les dirá que cojan la cuchara, y les dirá si esta está fría o caliente. Si les dicen que la sopa de la cuchara está caliente, deberán soplar para enfriarla.

Con esta actividad, los niños podrán relacionar sus estados de ánimo con la temperatura de la sopa. Si están enfadados, enfurecidos o nerviosos, pensarán en la sopa caliente, y deberán hacer ejercicios de respiración para tratar de calmarse.

4ª actividad. El cuento de los tres cerditos.

Después de escuchar el cuento de los tres cerditos, tratarán de imitar al lobo soplando las casas. Para ello, utilizarán diferentes materiales para ver si lo pueden mover o no. Empezarán con algo pesado como un libro, después algo más ligero con un lápiz, y por último una pluma.

Con esta actividad se trabajarán diferentes niveles de respiración.

5ª actividad. Mi corazón hace bum-bum

Para esta actividad se pedirá al alumnado que se toque el pecho en un momento en el que estén tranquilos, para tratar de notar los latidos de su corazón y la respiración. También se les pedirá que traten de tocarlo en momentos en los que estén haciendo cualquier actividad física, para que noten cómo las pulsaciones y la respiración se les ha acelerado.

Les hacemos ver que esto también pasa cuando nos ponemos nerviosos. Que nuestro corazón y respiración se aceleran, por lo que tenemos que tratar de que vuelvan a ir a un ritmo suave. Para ello, les hacemos ver la importancia de la respiración.

Con este ejercicio, conseguimos que aprendan a relajarse en momentos de estrés gracias a la respiración.

4.1.2. Adaptaciones curriculares

Lo ideal para la inclusión sería que no hubiera ningún tipo de adaptación, y que se trabajara con el alumno con el fin de lograr todos los objetivos y el aprendizaje de todos los contenidos sin ningún tipo de modificación. Aun así, habrá pequeñas modificaciones que se verán a continuación.

1.- Adaptaciones metodológicas generales:

- Se le situará al alumno en un lugar espacioso, lejos de puertas y ventanas, para asegurar que se distraiga lo mínimo.
- Se le situará cerca del profesor, para supervisar sus tareas y evitar también que se distraiga.
- Se le permitirá el desplazamiento por el aula, con la consigna de la realización de alguna tarea.

2.- Adaptaciones metodológicas en las tareas:

- Habrá un cambio de metodología de tareas individuales a tareas en grupos cooperativos.
- Se asegurará que los alumnos entienden las preguntas de las actividades, realizando la lectura de enunciados y su posterior discusión en grupos.
- Se modificará el tiempo para la realización de las tareas, ya que en grupos variará el tiempo.
- Si los grupos tienen problemas para centrarse, se le guiará para ayudarles a reconducir la atención.

3.- Adaptaciones metodológicas en los objetivos:

- Se desglosarán los objetivos en metas más acordes y realistas a su situación.
- Se cambiará la temporalización de los logros de dichos objetivos.

4.- Adaptaciones metodológicas en las evaluaciones:

- Se le recordará que revise los exámenes antes de entregarlos.
- Se adaptarán y se introducirán diferentes técnicas o instrumentos de evaluación.

4.1.3. Intervención con el profesorado

Para que el profesorado tome parte y pueda ofrecer una intervención educativa eficaz, resulta necesario que el profesorado también esté informado y tenga buena formación al respecto.

Para ello, se solicitará personal del “Berritzegune” (servicios públicos vascos de apoyo a centros con los alumnos con NEE), para que impartan unas sesiones en el mismo centro educativo para poder proporcionar información acerca de estrategias educativas eficaces para trabajar, controlar y reconducir a alumnos con este mismo trastorno.

Además, se le pedirá a los docentes una constante supervisión con el objeto de tener un mayor control del alumno. Técnicas como mirarlo a menudo, consignas como toques en el hombro o espalda para que continúe con la tarea, pasar por su lado, etc.

4.2. Intervención familiar

Esta intervención familiar, es uno de los pilares más importantes en el tratamiento del TDAH, puesto que la familia, como ya se ha mencionado a lo largo del marco, es también participe de la educación de los hijos. (Galan, et al. 2014). En la intervención familiar, el principal objetivo que se planteará será la formación y orientación a la familia sobre el trastorno del alumno. Esto resulta fundamental, no sólo para que el alumno tenga el óptimo desarrollo personal y evolucione de forma satisfactoria, sino para que se cree una convivencia familiar sana. Esta formación se basará en la información acerca del trastorno, en ofrecer unos procedimientos y estrategias para entrenar y guiar a los padres ante comportamientos problemáticos del alumno y poder modificarlos, y actividades a desarrollar en familia en el hogar.

Además, se propondrá la asistencia a la “escuela de padres” que realice el colegio. Esta escuela es un apoyo complementario a la intervención familiar para obtener más información, formación y reflexión dirigida al caso a atender.

Aparte de esto, se les ofrecerán diferentes actividades y estrategias a realizar en casa para que el niño trabaje y pueda mejorar en la atención, la concentración el autocontrol, la relajación y la motivación.

1ª estrategia. Refuerzo positivo

Como primera actividad a realizar para los padres, se propondrá el refuerzo positivo. Es cierto, por propia experiencia, o relatos de experiencias de los padres y profesores, que se tiende más a castigar conductas y acciones desafortunadas, que a premiar acciones correctas. (Susana, 2008). Y posiblemente no se conocen los efectos positivos que el refuerzo positivo puede ocasionar no sólo en alumnos con trastornos o deficiencias, sino en todos los niños y personas. Como explican Mena, et al. (2006), el refuerzo positivo es la mejor estrategia para trabajar el control de conducta, generando autoestima y respeto. (Mena, et al. 2006)

Por lo tanto, se rogará a los padres que utilicen muy a menudo el refuerzo positivo para elogiar las buenas conductas de su hijo. Para ello, deberán seguir unas pequeñas indicaciones:

- Se les pedirá que premien o elogien conductas muy concretas. Es decir, no sólo decir al hijo que se ha portado muy bien o que ha hecho algo muy bien, sino que especificarles el porqué. “Te has portado bien, porque has respetado el turno de hablar”. (Mena, et al. 2006)
- Se les pedirá que elogien de forma sincera. Es decir, cuando se sabe que algo realmente le cuesta, y aun así, el niño trata de hacerlo. “soy consciente de que esto le cuesta, por lo tanto voy a decírselo.” (Mena, et al. 2006)
- Una estrategia para el refuerzo positivo, será también beneficiar al niño con posibles premios materiales, o privilegios como más tiempo para ver la tele, etc. (Mena, et al. 2006)

2ª estrategia. Refuerzo negativo

Esta actividad, al contrario que la anterior, se basa en retirar estímulos desagradables después de que el alumno realice la conducta que deseamos. Se recompensa el esfuerzo retirando cosas desagradables para él. (Falcones, et al. 2011)

Se recomendará a los padres que alternen estas dos técnicas, usando a veces el refuerzo positivo, y otras el refuerzo negativo.

“Si haces bien los primeros ejercicios, no harás los últimos.”

3ª estrategia. Economía de fichas

Este ejercicio se basa en la recompensa secundaria. Es decir, si hace determinada conducta, actividad o tarea de manera correcta se le premiará con unas fichas, y después de acumular una cierta cantidad de fichas previamente establecidas, se le cambiará por otro premio. Es una estrategia para promover comportamientos socialmente deseables. (Susana, 2008)

“Si acabas las tareas de casa, pondremos 1 punto, y cuando consigas 15 puntos, nos iremos de excursión.”

4ª estrategia. La técnica de la tortuga

Esta actividad sirve para trabajar el autocontrol y la relajación ante situaciones estresantes para el niño o situaciones que le generen rabia. Para la realización de dicha técnica o actividad, se tendrán en cuenta 3 pasos.

- El primero será la explicación de un cuento, el cuento de la tortuga, con el objetivo de que el niño se identifique con el personaje que lo protagoniza.
- El segundo paso, es que ante situaciones que se vean que generan rabia, tristeza, enfado o estrés al niño, se le diga la palabra “tortuga” para que el niño adopte la postura de la tortuga, previamente entrenada y hablada, encogiéndose, por ejemplo, imitando la historia del cuento, con el fin de pensar en la situación, y tratar de calmarse.
- El último paso, pero no menos importante, sería el refuerzo positivo tras la utilización de esta técnica. Los padres deberán de felicitar y/o premiar la conducta del niño para que se anime a utilizarla en otras ocasiones que le generen estrés.

5ª actividad. Ajedrez.

Se propone esta actividad como actividad para trabajar la atención y concentración del alumno. Puede parecer un tanto incoherente el tratamiento del TDAH con juegos en el que se requieren tanta atención y concentración, porque normalmente los pacientes de TDAH, suelen evitar juegos o tareas que requieren un esfuerzo mental y un grado de organización. (Blasco, 2015), Pero la realidad es que, según afirma Marín (2015) en el diario ABC, un proyecto español que usa el ajedrez contra el TDAH ha sido premiado en Londres.

Si buscamos más información acerca de este tema, se observa que Blasco (2015) psiquiatra infantil y del adolescente, afirma que el ajedrez no es sólo útil,

sino que muy recomendable en el tratamiento contra el TDAH. Asegura, que el quid de la cuestión está en el momento en el que se introduce este juego en la vida de la persona con el trastorno TDAH. Si se introduce, sin más, a una persona que no está correctamente tratada, no servirá de nada; pero, por el contrario, si se introduce a una persona que sí está bien tratada, y además el profesor de ajedrez es capaz de adecuar las enseñanzas al momento evolutivo del niño, entonces el ajedrez servirá. (Blasco, 2015).

Es importante también, según Blasco (2015), no generar falsas esperanzas en los padres. Hay que explicarles que es una herramienta interesante y útil para tratar el TDAH, pero que no es magia. Y que además, como ya se ha mencionado, hay que utilizarla en el momento correcto. (Blasco, 2015)

Según este autor, los beneficios obtenidos gracias al ajedrez serían los siguientes:

- Mejoras en los síntomas nucleares del TDAH (inatención, hiperactividad, impulsividad).
- Generación de hábitos (explica que aparte de los estudios, gracias a comentarios que recibió de diferentes padres, parece que esta actividad les ayuda a los niños a sentarse con regularidad a hacer los deberes)
- Entrena la toma de decisiones, ya que la práctica del ajedrez supone la toma de diferentes decisiones.
- Mejora de competencias cognitivas y sociales. Explica que según un estudio realizado por Gracia et al. (2015), el ajedrez ayudaba a resolver problemas, adaptarse a la realidad, y en las habilidades cognitivas, más que otros deportes como fútbol o baloncesto. Además, explica, que potencia la relación interpersonal, ya que es un juego, entre dos personas, con reglas establecidas, y en el que a menudo, tras finalizar la partida, se comentan posibles jugadas no realizadas.
- Mejora la autoestima y la tolerancia a la frustración. Se mejora la autoestima cuando se gana, y deben aprender a perder, generando mecanismos de auto-regulación de su impulsividad.
- Mejora de la memoria visual y de trabajo. (Blasco, 2015)

6ª actividad. Mindfulness

En realidad este es un tema que todavía no tiene muchos estudios realizados, por lo tanto no es cien por cien seguro que funcione, pero como se puede leer en el artículo de Gijón, et al. (2014) el Mindfulness comienza a ser estudiado para casos de TDAH, sugiriendo mejoras en el ámbito atencional, conductual y emocional. Explican que el Mindfulness tiene mejores resultados en la atención selectiva que la relajación muscular, y que iguales resultados respecto a la impulsividad.

En este caso, sería una idea que se le sugeriría a la familia con el fin de que tomen ellos la decisión de si quieren llevarla a cabo o no.

4.3. Seguimiento

Según Bassedas, et al. (2012) el seguimiento es la fase en la que se evalúa el programa elaborado para la intervención, y el momento en el que se deciden las actuaciones futuras a seguir. (Bassedas, et al. 2012)

Las fechas más habituales para fijar estas sesiones de seguimiento son los meses al finalizar el curso, y especialmente en los estudiantes que se encuentran en cambio de etapa. (Bassedas, et al. 2012)

Para la realización de este seguimiento, se irá creando un documento diario, tanto para el entorno escolar como para el familiar, guiado por el psicopedagogo, en el que se registren las actividades realizadas por el alumno, para ver cómo se adecúa al programa y para en un futuro ver sus avances.

También se volvería a pasar la escala Connors para padres y profesores a final de curso, para ver desde su punto de vista los avances que ha ido teniendo el alumno.

Este seguimiento, se realizará también con el objetivo de ir haciendo adaptaciones y modificaciones sobre la marcha del programa. El programa que se realice, al igual que todos, no es un programa rígido, por lo que se harán estas adaptaciones y modificaciones sobre la marcha. Es decir, si se ve que las actividades o estrategias planteadas llevan a buen puerto, se seguirá con ellas, pero, por el contrario, si se ve que estas actividades y estrategias no conducen a ningún lado y no están produciendo beneficios en el alumno, se irán modificando hasta conseguir un programa interesante para el caso.

5. RESULTADOS Y ANALISIS

Lo primero que se debe mencionar en este apartado, es que la intervención creada para el alumno en cuestión, no se va a llevar a cabo, ya que estaría diseñada para un trimestre, por lo que no hay tiempo para desarrollarla. Por lo tanto, los resultados que se recogerán, serán resultados ficticios, posibles resultados que se podrían dar o los resultados que se cree se van a obtener.

Como ya se ha mencionado a lo largo del trabajo, la principal herramienta que se utilizaría para evaluar los efectos de la intervención, sería la escala Conners (Conners, et al. 2008), para padres y profesores, en la que se vería la valoración que darían éstos respecto a la evolución del alumno. Se volvería a pasar esta escala para evaluar si éstos han observado cambios, tanto positivos como negativos, en el comportamiento del niño después de la intervención.

Además, se tendrá en cuenta y se observará el informe diario, para ver la evolución que ha habido desde un principio, y ver en qué aspectos han mejorado, y en cuales no se ha notificado ninguna mejora, si así ha ocurrido.

Por último, también se hará otra entrevista semiestructurada en la que se estudiarán los cambios percibidos por los padres y profesores sobre el comportamiento del alumno, una vez finalizada la intervención. Gracias a esta entrevista, se conocerán los comportamientos que han sido mejorados desde el inicio de la intervención, tanto en casa como en el colegio, el efecto que han tenido las estrategias y actividades planteadas, el efecto que ha tenido en el alumno la estructura de aprendizaje cooperativo, y las dificultades que hayan podido tener.

Gracias a estas herramientas, se podrá recopilar información que afirme que, tanto padres como profesores notificarán mejoras en casa y en la escuela.

Respecto a los padres, notarán un aumento en la motivación, autonomía y autoestima del niño, e incluso en la interacción entre padres-hijo, fruto del aumento de la autoestima del alumno. También notarán una disminución, de la inatención y de la impulsividad.

Respecto a los profesores, estos también notarán un aumento en la autoestima del niño, razón por la que también podrán notificar una mejora en las relaciones interpersonales del alumno. Además, notarán una clara disminución en la inatención, gracias a las estrategias y metodología de trabajo propuestas, más motivadora para el alumno.

La razón de estas mejoras descritas por los docentes como por la familia, se explica gracias a que la mayor parte de la intervención propuesta estaba centrada en la mejora de esa falta de atención y el control de la impulsividad, que le ocasionaba la inatención, desmotivación y problemas en las relaciones interpersonales. Esto se solucionó gracias a actividades y estrategias con el fin de aumentar su atención, estrategias motivadoras como el aprendizaje cooperativo y actividades de relajación.

Estas mejoras, por una parte, son fruto de la intervención planteada con la familia, que trata de solventar los aspectos en los que el alumno tiene problemas y cadencias. Tal y como afirman Barkley (1995) y Anastopoulos (1993), el entrenamiento parental disminuye los problemas de comportamiento, la agresividad, mejora la relación familiar y el funcionamiento psicosocial del niño. (Barkley, 1995 & Anastopoulos, 1993 citado en Susana 2008.)

Por otra parte, las mejoras del niño, también tienen su razón gracias al trabajo hecho en la escuela y con la formación de los profesores. Estas mejoras observadas por parte de los docentes, también concuerdan con los estudios de Barkley (1998), Rief (1999) y Scandar (2000), que aseguran que las intervenciones escolares, disminuyen los problemas conductuales del niño, mejorando el vínculo docente-alumno y la adaptación psicosocial a la escuela. (Barkley, 1998, Rief 1999 & Scandar, 2000, citado en Susana 2008.)

Además, analizando el marco teórico de este trabajo, se puede ver, como la metodología de aprendizaje cooperativo que propone Pujolás (2012), que conduce a la educación inclusiva, gracias a estrategias y actividades en grupo, lleva a la motivación del alumno por el trabajo, lo que conlleva a una mejora en el comportamiento y una disminución de las conductas impulsivas y agresivas, que a la vez, es uno de los resultados positivos que se ha visto en las valoraciones tanto de la familia como del profesorado, y que destacan autores como Barkley (1995, 1998) en sus investigaciones.

A parte de esto, gracias a la propuesta de aprendizaje cooperativo de Pujolás (2012), y a la teoría de la inclusión educativa de Ainscow (2006) acerca de las tres variables necesarias (presencia, aprendizaje y participación) que hemos visto a lo largo del marco, otro de los resultados, es que de esta forma, en la que trabajan todos juntos, alumnos con trastornos y sin ellos, todos juntos, todos aprenden de todos, y es la manera de aceptar las diferencias y adquirir una sociedad inclusiva, en la que se aceptan los unos a los otros.

6. CONCLUSIONES

Con la creación de esta intervención, se ha dado respuesta a la necesidad de una familia y de su hijo de 8 años, diagnosticado de TDAH, y a los objetivos establecidos para la realización de dicho diagnóstico.

En primer lugar, se ha dado pie a la formación tanto de la familia como del equipo docente respecto al trastorno en cuestión, y sobre las estrategias eficaces a seguir para conseguir el desarrollo íntegro del alumno.

Por otra parte, se ha hecho un cambio de metodología en el proceso de enseñanza-aprendizaje en el contexto escolar, utilizando para ello una estrategia de aprendizaje cooperativo lo cual ha favorecido la inclusión del alumno, y la participación de todos los alumnos de la clase. Eso hace, que todos los alumnos aprendan de todos, y se respeten los unos a los otros.

Se ha diseñado una intervención para la mejora de las conductas del alumno, o el autocontrol en situaciones estresantes, tanto en el entorno escolar como en el entorno familiar, así como para la mejora y entrenamiento en la capacidad de atención del alumno en base a las teorías analizadas a lo largo del marco propuesto.

También se han establecido normas, y se han hecho tutorías con el alumnado en las que se les haría ver qué se esperaba de ellos, en relación a la cumplimentación de dichas normas, y ha dado resultados positivos.

Por lo tanto se puede decir, que los objetivos, tanto el general como los específicos, han sido logrados.

6.1. Líneas de investigación futuras

Una vez llegados hasta este punto, toca analizar y reflexionar acerca del trabajo que se ha llevado a cabo. Resulta importante mencionar, que haber realizado este trabajo o proyecto de forma real, es decir, llevándolo a cabo con el alumno en cuestión, realizar las actividades y estrategias con él de forma real, y durante el periodo de tiempo establecido, hubiese ayudado a sacar unas conclusiones mucho más seguras, más reales y más beneficiosas para el futuro del alumno y del profesional o estudiante que anda detrás del proyecto.

Pero, dado que la única opción que tenemos es esta, realizar una especie de simulación que no se va a llevar a cabo, las conclusiones que a continuación se mencionan, serán conclusiones que se creen se sacarían si este proyecto se realizara de verdad.

En primer lugar, si este proyecto hubiese sido real y hubiese tenido resultados y efectos positivos como los que se han mencionado en el apartado de “resultados y análisis”, se hubiera optado por alargarlo durante el año académico de este alumno, para obtener resultados positivos y ver mejoras, no sólo en el comportamiento y aprendizaje de este alumno en cuestión, sino que de todos los alumnos inmersos en esta aula, ya que uno de los resultados habría sido ese; se habría visto una mejora en todos los alumnos.

En segundo lugar, si esto hubiera ocurrido de esa manera, es decir, si durante el año lectivo, hubiera tenido resultados positivos, estas estrategias y alguna de las actividades que se habrían utilizado en este proyecto, se utilizarían para el ciclo educativo, es decir, para el segundo ciclo, con el objeto que todos los alumnos, ya tengan necesidades educativas especiales o no, se aprovechen de estos aprendizajes y sirva para la vida de todos ellos.

En tercer lugar, y si esto, en una perspectiva optimista funcionase, se optaría a trabajarlo a nivel de etapa, para que todos los alumnos de la etapa de educación primaria, trabajen con esta metodología de aprendizaje cooperativo, y de una forma inclusiva, es decir, que todos aprendiesen de todos, siendo esta también la mejor manera de aceptar las diferencias individuales de cada uno.

Hasta ahora, las conclusiones aportadas se basarían en la adaptación de este tipo de proceso de enseñanza-aprendizaje a lo largo de toda la etapa o periodo posible. Pero otra de las conclusiones que se observan, es que si realmente la formación de padres y docentes da el fruto positivo esperado, que los autores mencionados a lo largo del proyecto aseguran que es así, se optaría por seguir formando a los docentes y familias no sólo en el trastorno de TDAH, sino en todos los trastornos, enfermedades, déficits o casos reales que se den en la escuela, como primer objetivo, para poder satisfacer las necesidades de cada alumno.

Por último, se trataría de reforzar el trabajo de las intervenciones con el trabajo cooperativo de familia y escuela, ya que se ha visto que con la colaboración de las dos partes, se dan mejores resultados.

6.2. Limitaciones

Las limitaciones que se han tenido a la hora de elaborar este proyecto, de modo general, han sido tres.

La primera ha sido la falta de tiempo.

Otra limitación que supongo será normal, es la falta de conocimiento y sabiduría acerca del tema y de la propuesta de intervención, por lo tanto ha resultado un tanto difícil la creación de la intervención. No obstante, ha significado un aprendizaje base para el conocimiento de este estudiante, y creo que el tiempo, la experiencia, y sobre todo los niños, ayudarán a la adquisición de los conocimientos y experiencia necesaria para poder desempeñar esta labor de la manera más profesional posible.

La última de las limitaciones que se ha tenido, es que, como bien se ha dicho a lo largo del trabajo, no es un trabajo real. Sí se parte de una situación real, para poder hacerlo lo más específico posible, pero la intervención no se lleva a cabo, por lo que los resultados, las conclusiones, no son del todo ciertas o reales. Además, al no poder realizar este proyecto con la persona, no se pueden analizar los aspectos que sí podrían haber funcionado y los que no, para hacer modificaciones y adaptaciones sobre la marcha. Por lo tanto, nos quedamos con la duda de si sería un proyecto adaptado a las necesidades de la persona y correcto para su uso, o no.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aguilar, LA., (s.f.). El informe Warnock. (Síntesis). Recuperado de <file:///C:/Documents%20and%20Settings/Usuario/Mis%20documentos/Downloads/informe-warnock.pdf>
- Angulo, M^ªC., Luna, M., Prieto, I., Rodríguez, L., Salvador, M^ªL., (2002). *Manual de servicios, prestaciones y recursos educativos para el alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo*. Recuperado de http://www.juntadeandalucia.es/educacion/portal/com/bin/Contenidos/PSE/orientacionyatenciondiversidad/educacionespecial/ManualdeatencionalalumnadoNEAE/1278580505500_01.pdf
- Arregi, A., Sainz, A., Tambo, I., Ugarriza, J., (2005). *Investigación sobre la respuesta del sistema educativo vasco a las Necesidades Educativas Especiales en Educación Primaria*. Recuperado de http://www.hezkuntza.ejgv.euskadi.eus/contenidos/informacion/dig_publicaciones_innovacion/es_neespeci/adjuntos/18_nee_110/110027c_Doc_ISEI_nee_primaria_c.pdf
- Ausubel, D., (s.f.). Significado y aprendizaje significativo. Psicología Educativa. Un punto de vista cognoscitivo. Trillas, México. Recuperado de <http://cmapspublic2.ihmc.us/rid=1J3D72LMF-1TF42P4-PWD/aprendizaje%20significativo.pdf>
- Bassedas, E., Huguet, T., Marrodán, M., Planas, M., Rossell, M., Seguer, M., 67& Vilella, M. (2012). *Intervención educativa y diagnóstico psicopedagógico*. Madrid: Paidós.
- Blanco, R., (s.f.). La atención a la diversidad en el aula y las adaptaciones en el currículo. *Desarrollo psicológico y educación, III. Necesidades educativas especiales y aprendizaje escolar*. Recuperado de <https://docs.google.com/document/d/1GxsFRyGKOpNH7XxWdNEImH7K8zw4yWO6t43Dx6XcTo/edit?hl=es>
- Blasco, H. (2015). TDAH y ajedrez: Rehabilitación cognitiva. *Fundación Cadah*. Recuperado de <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tdah-y-ajedrez-rehabilitacion-cognitiva-.html>

- Cardona, M. C., Chiner, E., & Lattur, A. (2006). Diagnóstico psicopedagógico. Conceptos básicos y aplicaciones. San Vicente (Alicante).
- Cecilia Diez, A., (2004). Las necesidades educativas especiales. Políticas educativas en torno a la alteridad. *Cuadernos de Antropología Social*, (Nº 19), 157-171. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/cas/n19/n19a10.pdf>
- Duk, C., Hernández, A.M., Sius, P., (s.f.). Las adaptaciones curriculares: Una estrategia de individualización de la enseñanza. Recuperado de <http://www.adaptacionescurriculares.com/Teoria%20%20ACIS.pdf>
- Falcones, A., Chocomeli, M^aF., Sánchez, M^aJ., (2011). Digitalización de contenidos docentes para el Máster de Profesorado de Secundaria, en la asignatura Atención al Alumnado con Necesidades Educativas Especiales y uso de recursos Google en la docencia. Recuperado de <http://www.adaptacionescurriculares.com/Otras%2012.pdf>
- FlyBusiness. (2014). *Fundación Cadah*. Recuperado de <http://www.fundacioncadah.org/web/categoria/tdah-que-es-el-tdah.html>
- García Pérez, M. (2012). Medicación, ¿sí o no?. Recuperado de <http://www.tdah.com/articulos-de-interes/>
- Gijón, P.J., Jiménez, A.M., (2014), TDAH y Mindfulness. Recuperado de <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tdah-mindfulness.html>
- González Lajas, J.J. (2011 diciembre) “El tratamiento psicopedagógico en el TDAH”. Titulación de Psicopedagogía de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad Pontificia de Salamanca; Salamanca. Recuperado de <http://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/04-01%20Simposio%20-%20Gonzalez%20Lajas.pdf>
- González Lajas, JJ. (2012, Octubre). Ponencia “El TDAH en la educación inclusiva”. V Semana Europea del TDAH. ANHIPA ADHD Europa y Feaadah; Oviedo y Gijón, España.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Fundació Sant Joan de Déu, coordinador. 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 (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Nº 2007/18.

- Korzeniowsk, C., Susana, M. (2008). Estrategias Psicoeducativa para padres y docentes de niños con TDAH. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 8(1), 65-71. Recuperado de <http://www.espiritusanto.cl/talcahuano/wp-content/uploads/2007/09/Estrategias-Psicoeducativas-para-Padres-y-Docentes-de-Ni%C3%B1os-con-TDAH.pdf>

- Marín, F. (2015, 12 de diciembre). Premian en Londres un proyecto español que usa el ajedrez contra el TDAH. *ABC*. Edición digital.

- Mena, B., Nicolau, R., Salat, L., Tort, P., Romero, B., (2006). *El alumno con TDAH*. Barcelona: Mayo.

- Ministerio de educación, Cultura y Deporte (2016). *Inclusiva. Iguales en la diversidad. El dilema en las diferencias. La inclusión educativa. (2012)*. Recuperado de http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/126/cd/pdf/m1_ei.pdf

- Ochando, G. (2015). Tratamiento psicopedagógico en TDAH. Recuperado de <http://www.tdah-valencia.com/tratamiento-psicopedagogico-en-tdah/>

- Osorio, L. (2015). TDAH: juegos de respiración para el control de la ansiedad en niños. Recuperado de <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tdah-juegos-de-respiracion-para-el-control-de-la-ansiedad-en-ninos.html>

- Ovejero, A. (2013). Desarrollo cognitivo y motor. Madrid: Mcmillan Iberia. (142-143). Recuperado de <http://bv.unir.net:2067/lib/univunirsp/reader.action?docID=10820374>

- Pérez Galán, R., Leiva Olivencia, J.J., Guerrero Lopez, F. (2014). Acciones educativas de éxito con alumnado con (TDA-H) en una escuela inclusiva: una visión global. *Revista Ruedes*, 3 (5), 12-26. Recuperado de http://t.bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/5539/leivaruedes5.pdf

- 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 Gutiérrez, F.J., Herrera Pino, J.A., Correas Lauffer, J., San Sebastián Cabasés, J., García Campos, N., Loro Lopez, M. (2009). Capítulo 10: Características clínicas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia. En Quintero Gutiérrez, F.J., Correas Lauffer, J., Quintero Lumbreras, F.J. (3ª Edición), *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida* (133-147). Barcelona: Masson

- Shire Pharmaceuticals Ibérica S.L. (2015). *Tdahytu*. Recuperado de <http://www.tdahytu.es/criterios-para-diagnosticar-el-tdah/?gclid=CKvll6ub28kCFQHkwwgodGsoNfw>

- Soutullo, C., Alda, J.A., Bobes, J., Bonet, T., Cardo, E., Casas, M., Fernández, A., Fernández, M., Fuentes, J., González, J.J., Gutiérrez, J.R., Hidalgo, I., López, J., Madrid, F., Mardomingo, M^aJ., Miranda, A., Mojarro, M^aD., Mulas, F., Nicolau, R., Plaza, S., Quintero, J., Ramos-Quiroga, J.A., Rodríguez, P.J., Rubió, I., Ruiz-Falcó, M^aL., Saiz, J., San Sebastián, J., Urcelay, J. (2013). Informe PANDAH. El TDAH en España. Barcelona: ADELPHA Targis S.L.

- Verdugo, M.A. (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 el 29 de Mayo de 2014 de: http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO26202/Diversidad_calidad_equidad.pdf

- Young, I. (2002). Inclusion and democracy. Recuperado de <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Gonp8GXTxb0C&oi=fnd&pg=PA1&dq=young+2002+exclusion+interna&ots=nKeMNAcGjG&sig=KQydKwQSqriL4aLV91csUg8V3pA#v=onepage&q=young%202002%20exclusion%20interna&f=false>

8. ANEXOS

Anexo 1

Tabla 4. Escalas específicas, escalas de psicopatología general, y entrevistas estructuradas y semiestructuradas para la evaluación del TDAH en niños y adolescentes

Título	Autores	Año	Descripción	Rango de edad	Propiedades psicométricas	Comentarios
Escalas específicas de TDAH:						
ADHD Rating Scale - IV	DuPaul, <i>et al.</i>	1997 ¹¹⁸ , 1998 ¹¹⁹	<ul style="list-style-type: none"> – Escala de cribado y evaluación del TDAH – 18 ítems tipo Likert de 4 grados – Dos subescalas: Inatención e Hiperactividad, y una puntuación total – Cada ítem representa cada uno de los síntomas del TDAH según criterios DSM-IV – Dos versiones: padres y maestros 	<ul style="list-style-type: none"> – 6-16 años (Ortiz, no publicado). – 5-11 años (Servera, 2007)¹²⁰ – 5-18 años (DuPaul, 1997; 1998)^{118,119} 	<ul style="list-style-type: none"> – Fiabilidad por consistencia interna: de 0,85 a 0,95 (Servera, 2007)¹²⁰; Ortiz, no publicado) – Adecuada validez concurrente con problemas de atención de escalas Achenbach (Ortiz, no publicado) 	<ul style="list-style-type: none"> – Versión traducida y validada al castellano (Servera y Cardo, 2007)¹²⁰ – Versión traducida y validada al catalán (Ortiz, <i>et al.</i>, no publicado)
Escalas de Conners	Keith Conners, <i>et al.</i>	1989 ¹¹⁹ , 1997 ¹²¹ , 2008 ¹²²	<ul style="list-style-type: none"> – Escala de cribado y evaluación de los síntomas del TDAH – Sensible a los cambios del tratamiento – 3 versiones: <ul style="list-style-type: none"> – 1989: dos escalas para padres, extensa (CPRS-93, 93 ítems) y abreviada (CPRS-48, 48 ítems); dos escalas para maestros, extensa (CTRS-39, 39 ítems) y abreviada (CTRS-28, 28 ítems) – 1997: dos escalas para padres, extensa (CPRS-R: L 80 ítems) y abreviada (CPRS-R: S 28 ítems); dos escalas para maestros, extensa (CTRS-R:L 59 ítems) y abreviada (CTRS-R:S 27 ítems) – 2008: dos escalas para padres, extensa (Conners 3-P(L) y abreviada (Conners 3-P(S)); dos escalas para maestros, extensa (Conners 3-T(L) y abreviada (Conners 3-T(S) y una versión autoadministrada (Conners 3-SF) – Las escalas extensas incluyen ítems de psicopatología general. Las escalas abreviadas se componen básicamente de 4 subescalas: Oposicionismo, Inatención, Hiperactividad e Índice TDAH 	<ul style="list-style-type: none"> – 3-17 años (1989¹¹⁹, 1997¹²¹) – 6-18 años (2008)¹²² – 8-18 años el (autoinforme 2008)¹²¹ 	<ul style="list-style-type: none"> – Fiabilidad por consistencia interna: 0,73 a 0,94 (Conners, <i>et al.</i>, 1998)¹²² – Validez de criterio: sensibilidad 92,3%, especificidad 94,5% (Conners, <i>et al.</i>, 1998)¹²⁴ – CPRS-48 no alcanza en la población española propiedades psicométricas satisfactorias (Farré y Narbona, 1997)¹²¹ 	<ul style="list-style-type: none"> – Versión traducida al español por MHS¹²² – No se dispone de baremos para población española de las escalas de Conners

Título	Autores	Año	Descripción	Rango de edad	Propiedades psicométricas	Comentarios
Cuestionario TDAH	Juan Antonio Amador, <i>et al.</i>	2005 ¹²⁵ , 2006 ¹²⁶	<ul style="list-style-type: none"> – Escala de cribado y evaluación de los síntomas del TDAH – 18 ítems tipo Likert de 4 grados – Dos subescalas: Desatención e Hiperactividad y una puntuación total – Cada ítem representa cada uno de los síntomas del TDAH según criterios DSM-IV – Dos versiones: padres y maestros 	4 – 12 años	<ul style="list-style-type: none"> – Fiabilidad por consistencia interna: 0,94 a 0,95 profesores, 0,85 a 0,89 padres – Adecuada validez concurrente con problemas de atención de escalas Achenbach 	<ul style="list-style-type: none"> – Versión bilingüe castellano-catalán – Baremos de población española
Escalas EDAH	Anna Farré y Juan Narbona	1997 ¹²¹	<ul style="list-style-type: none"> – Escala de cribado y evaluación de los síntomas del TDAH – 20 ítems tipo Likert de 4 grados – Dos escalas: Hiperactividad-Déficit de atención (que se subdivide de dos subescalas) y Trastornos de conducta – Una sola versión para maestros 	6-12 años	<ul style="list-style-type: none"> – Fiabilidad por consistencia interna: 0,84 a 0,93 – Adecuada validez concurrente con los criterios DSM-III 	<ul style="list-style-type: none"> – Baremos de población española – Dispone de puntos de corte
Escalas Magallanes	García-Pérez y Magaz-Lago	2000 ¹²⁷	<ul style="list-style-type: none"> – Escala de cribado del TDAH – 17 ítems – 3 subescalas: Hiperinesia-Hiperactividad, Déficit atencional, Déficit de reflexividad – Dos versiones: padres y maestros 	<ul style="list-style-type: none"> – 6-16 años (padres) – 6-12 años (maestros) 	<ul style="list-style-type: none"> – Fiabilidad por consistencia interna: 0,60 a 0,71 	<ul style="list-style-type: none"> – Baremos de población española – Las puntuaciones indican la probabilidad de tener o no TDAH
SNAP-IV	Swanson, Nolan y Pelham	2003 ¹²⁸	<ul style="list-style-type: none"> – Escala de cribado y evaluación de los síntomas del TDAH – Sensible a los cambios del tratamiento – 18 ítems tipo Likert de 4 grados – 2 subescalas: Inatención e Hiperactividad/Impulsividad, y una puntuación total – Dos versiones: padres y maestros 	– 5-11 años	<ul style="list-style-type: none"> – Fiabilidad por consistencia interna: no publicada. – Fiabilidad test-retest: 0,77 a 0,80 	<ul style="list-style-type: none"> – No se dispone de baremos para población española

Título	Autores	Año	Descripción	Rango de edad	Propiedades psicométricas	Comentarios
Escala de psicopatología general:						
Escalas de Achenbach	Achenbach, <i>et al.</i>	1991 ¹²⁹ , 2001 ¹³⁰	<ul style="list-style-type: none"> – Escala de psicopatología general – 112 ítems tipo Likert de 3 grados – 8 subescalas: Inatención, 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: para padres (CBCL), maestros (TRF) y autoinforme (YSRF) 	<ul style="list-style-type: none"> – 1,5-5 años (CBCL, TRF) – 6-18 años (CBCL, TRF) – 11-18 años (YSRF) 	<ul style="list-style-type: none"> – Fiabilidad por consistencia interna: 0,84 a 0,94 	<ul style="list-style-type: none"> – Traducción española por la UAB (Unidad de epidemiología y diagnóstico en psicopatología del desarrollo)¹³⁰ – No se dispone de baremos para población española
Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes BASC	Reynolds y Kamphaus	1992 ¹³¹	<ul style="list-style-type: none"> – Conjunto de instrumentos que permite evaluar los aspectos adaptativos y desadaptativos de la conducta de niños y adolescentes – De 106 a 185 ítems (según versión) tipo Likert de 2 o de 4 grados – Escalas: Exteriorizar problemas (agresividad, hiperactividad, problemas de conducta), Interiorizar problemas (ansiedad, depresión, somatización), Problemas escolares (problemas de atención, problemas de aprendizaje), Otros problemas (atipicidad, retraimiento), Habilidades adaptativas (adaptabilidad, liderazgo, habilidades sociales), otras habilidades adaptativas (habilidades para el estudio), Índice de síntomas comportamentales – Cinco componentes: un 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 	Padres y maestros: <ul style="list-style-type: none"> – 3-6 años – 6-12 años – 12-18 años 	<ul style="list-style-type: none"> – Fiabilidad por consistencia interna: 0,70 a 0,90 – Fiabilidad test-retest a los 3 meses: 0,78, 0,82 y 0, 84 – Acuerdo interevaluadores: profesores de 0,83 y padres de 0,63 y 0, 71 – Adecuada validez concurrente con escalas de Achenbach y Conners (adaptación y validación española)¹³² 	<ul style="list-style-type: none"> – Adaptación y validación española por Equipo de investigación de la Universidad Complutense de Madrid (Javier González Marqués, Sara Fernández Guinea, Elena Pérez Hernández) y departamento de I+D de IEA Ediciones (Pablo Santamaría Fernández)¹³²

Título	Autores	Año	Descripción	Rango de edad	Propiedades psicométricas	Comentarios
Cuestionario de Capacidades y Dificultades SDQ	Robert Goodman	1997 ¹³³	<ul style="list-style-type: none"> – Cuestionario de cribado de psicopatología general – 25 ítems tipo Likert de 3 grados – 5 escalas: síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad/inatención, problemas de relación con sus iguales y conducta prosocial – Versiones: padres, profesores y adolescentes 	Padres y profesores: <ul style="list-style-type: none"> – 3 a 16 años Autoinforme: <ul style="list-style-type: none"> – 11 a 16 años 	<ul style="list-style-type: none"> – Área bajo la curva ROC para discriminar pacientes psiquiátricos: 0,87 (IC 95%: 0,83-0,91) para padres y 0,85 (IC 95%: 0,78-0,93) para profesores (Goodman, 1997)¹³³ – Utilidad en la discriminación de pacientes psiquiátricos (García-Cortazar, <i>et al.</i>, 2000)¹³⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> – Versiones traducidas al castellano, catalán, gallego y vasco (www.sdqinfo.com) – Validación preliminar en gallego (García-Cortazar, <i>et al.</i>, 2000)¹³⁴ – No se dispone de baremos para población española
Entrevistas estructuradas y semiestructuradas						
Diagnostic Interview for Children and Adolescents DICA-IV	Herjanic y Reich	1982 ¹³⁵	<ul style="list-style-type: none"> – Versión más reciente semiestructurada – Evalúa un amplio grupo de trastornos psicopatológicos en población infantil y adolescente según criterios DSM-III y DSM-IV – Versiones: niños, adolescentes y padres 	<ul style="list-style-type: none"> – 6-17 años (padres) – 6-12 años (niños) – 13-17 años (adolescentes) 	<ul style="list-style-type: none"> – Fiabilidad entre entrevistadores (K entre 0,65 y 1,00) (de la Osa, <i>et al.</i>, 1996)¹³⁵ – Fiabilidad test-retest: 0,78 a 0,86 en padres; 0,24 a 0,43 en autoinforme 	<ul style="list-style-type: none"> – Versión traducida y validada al castellano (Ezpeleta, <i>et al.</i>, 1997)¹³⁷ – Requiere entrenamiento previo
Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia in School-Age Children K-SADS	Chambers <i>et al.</i>	1985 ¹³⁸	<ul style="list-style-type: none"> – Entrevista diagnóstica semiestructurada – 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 	<ul style="list-style-type: none"> – 6-17 años 	<ul style="list-style-type: none"> – Fiabilidad entre entrevistadores (K entre 0,76 y 1,00) (Ulloa, <i>et al.</i>, 2006)¹³⁹ 	<ul style="list-style-type: none"> – Versión traducida al castellano (de la Peña, <i>et al.</i>, 2002)¹⁴⁰; Cesar Soutullo, Universidad de Navarra (www.cun.es/la-clinica/servicios-medicos/psiquiatria/mas-sobre-el-departamento/unidades/psiquiatria-infantil-y-adolescente) – Requiere entrenamiento clínico y experiencia del entrevistador

Título	Autores	Año	Descripción	Rango de edad	Propiedades psicométricas	Comentarios
Diagnostic Interview Schedule for Children DISC	Shaffer, <i>et al.</i>	1990 ¹⁴¹	<ul style="list-style-type: none"> – Entrevista estructurada – Evalúa trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes según criterios DSM-IV – Se administra a padres (DISC-P) y al paciente (DISC-C) 	<ul style="list-style-type: none"> – 4-17 años (DISC-P) – 11-7 años (DISC-C) 	<ul style="list-style-type: none"> – Fiabilidad entre entrevistadores (K entre 0,42 y 0,70 para padres; K entre 0,10 y 0,80 para niño/adolescente) (Bravo, <i>et al.</i>, 2001)¹⁴² 	<ul style="list-style-type: none"> – Versión traducida al castellano y validada en Puerto Rico (Bravo, <i>et al.</i>, 2001)¹⁴² – Puede administrarla personal no clínico