



**TRABAJO DE FINAL DE GRADO
FACULTAD DE EDUCACIÓN**



**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA EL ALUMNADO CON
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD**

NOMBRE ALUMNA: MARÍA PORTILLO MORENO
NOMBRE DIRECTOR DE TFG: JUAN MANUEL MORENO MANSO
DPTO.: PSICOLOGÍA Y ANTROPOLOGÍA
ÁREA: PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO
PSICOLÓGICO
GRADO EN EDUCACIÓN PRIMARIA
4º CURSO, GRUPO 4

CURSO 2018 / 2019
BADAJOZ
CONVOCATORIA: JUNIO

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	5
2. OBJETIVOS	6
3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	7
3.1 Evolución histórica del concepto TDAH	7
3.2 Qué es el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	10
3.3 Prevalencia	11
3.4 Características diagnósticas	11
3.5 Criterios diagnósticos	12
3.6 Desarrollo y curso	15
3.7 Etiología	17
3.8 Comorbilidad	17
3.9 Errores y dificultades	18
3.10 Tratamiento multimodal	20
4. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	22
4.1 Introducción	22
4.2 Objetivos	22
4.3 Contenidos y competencias	23
4.4 Metodología	26
4.4.1 Participantes	26
4.4.2 Organización espacial y temporal	26
4.4.3 Estructura	27
4.5 DESARROLLO DE LAS SESIONES	28
4.5.1 Sesión 1: Presentación	29
4.5.2 Sesión 2: Nubes de palabras	30
4.5.3 Sesión 3: La canción	32
4.5.4 Sesión 4: Pon atención en lo que buscas	33
4.5.5 Sesión 5: Organiza la historia	35
4.5.6 Sesión 6: Detective de historias	36
4.5.7 Sesión 7: Reconoce y dispara la historia	38
4.5.8 Sesión 8: Pon en marcha las habilidades sociales	39
5. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	41
6. CONCLUSIÓN	41

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
ANEXOS	46
<i>ANEXO 1. CUESTIONARIO.....</i>	46
<i>ANEXO 2. CONTRATO.....</i>	47
<i>ANEXO 3. INFOGRAFÍA</i>	48
<i>ANEXO 4. NUBE DE PALABRAS.....</i>	49
<i>ANEXO 5. RÚBRICA DE EVALUACIÓN</i>	50
<i>ANEXO 6. EVALUACIÓN NIVEL DE ATENCIÓN.....</i>	50
<i>ANEXO 7. HOJA DE REGISTRO.....</i>	51
<i>ANEXO 8. INFOGRAFÍA 2</i>	52
<i>ANEXO 9. RECORTABLES CON FORMA DE NUBES</i>	53
<i>ANEXO 9. PELOTAS PREGUNTONAS</i>	53
<i>ANEXO 10. INFOGRAFÍA 3.....</i>	54
<i>ANEXO 11. FICHA HH. SS</i>	55
<i>ANEXO 12. TARJETAS HH. SS</i>	56
<i>ANEXO 13. FICHA HH. SS 2</i>	57
<i>ANEXO 14. TARJETAS ROJA Y VERDE.....</i>	58
<i>ANEXO 15. AUTOEVALUACIÓN DOCENTE</i>	59
<i>ANEXO 16. AUTOEVALUACIÓN ALUMNO.....</i>	60

RESUMEN

Actualmente, un 5% de la población infanto-juvenil de nuestro país es diagnosticada con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), un trastorno neurobiológico que supone tener que hacer frente a las dificultades para mantener la atención y el control de los impulsos propio de la hiperactivación que les caracteriza. Sin embargo, aun siendo un trastorno frecuente en las aulas, no existen respuestas educativas debidamente ajustadas a las necesidades de este tipo de alumnado ya sea, por la falta de conocimiento, o de implicación para adoptar medidas de forma conjunta por parte de los dos agentes principales de intervención (familia y escuela).

En el presente Trabajo de Fin de Grado, por un lado, se analiza la evolución histórica del concepto hasta ofrecer una definición del trastorno precisa y ajustada a la realidad. Se dan a conocer las características y criterios que se tienen en cuenta para fijar el diagnóstico, cómo afecta al desarrollo de la persona desde que esta lo recibe y cuáles pueden ser las causas de su aparición además de, determinar cuál es la probabilidad de que esté ligado a otros trastornos y los posibles errores conceptuales que se le han atribuido. Y, por otro lado, se propone una serie de recursos y herramientas que contribuyen a elaborar un programa de intervención que solvente, en la medida de lo posible, las dificultades en la atención, la memoria de trabajo, el autocontrol y el desarrollo de las habilidades sociales.

Se presentan un total de 8 modelos de sesiones de trabajo dirigidas al alumnado con claros indicadores de TDAH y dentro de un grupo de edad de 8-9 años. De esta manera, se trata de capacitar tanto al profesorado, como a este tipo de alumnado en la consecución de los objetivos de un proceso de enseñanza/aprendizaje que brinda oportunidades de mejora y anima a actuar desde la comprensión.

En definitiva, comprender cuáles son las características y necesidades que conlleva el trastorno para ampliar la concepción que se tiene sobre ello, es el objetivo principal de este trabajo y a su vez, el primer paso para ofrecer una respuesta eficaz que mejore la calidad de vida del sujeto, y también la de su familia. Para conseguirlo, es importante establecer redes de comunicación y apoyo entre todas las personas que intervienen, ya sea de forma directa o indirectamente, con la intención de optimizar las buenas prácticas y minimizar los posibles factores de riesgo.

Palabras clave: TDAH, Necesidades, Educación Primaria, Intervención, Conducta.

ABSTRACT

Currently, 5% of the child and adolescent population of our country is diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), a neurobiological disorder that involves having to face the difficulties to maintain attention and to control the impulses of the hyperactivation that characterises them. However, even though it is a common disorder in the classrooms, there does not exist any educational responses that are properly adjusted to the needs of this type of student, due either to the lack of knowledge or to the lack of implication to adopt shared measures between the main intervention agents - family and school.

In this dissertation, on the one hand, the historical evolution of the concept is going to be analysed until a precise definition that is adjusted to reality is obtained. It will also mention the characteristics and the criteria that are taken into account to determine a diagnosis, how it affects the development of the person since it is received and what the causes of its appearance might be. In addition, it will determine the probability linked of having other disorders and the possible conceptual errors that have been attributed to it. On the other hand, this dissertation will propose a series of resources and tools that contribute to the elaboration of an intervention program that solves, to a possible extent, the difficulties in attention, the working memory, self-control and the development of social skills.

A total of 8 models of work sessions aimed at students with clear indicators of ADHD and within an age group of 8-9 years are going to be presented. In this way, the objective is to train both teachers and this type of student to achieve the objectives of a teaching-learning process that offers opportunities to improve and it encourages to take action based on comprehension.

Finally, understanding what the characteristics and the needs of the disorder are in order to broaden the conception is the main objective of this work and, at the same time, it is the first step to offer an effective response that improves the quality of life of the person affected and her family too. To achieve this, it is important to establish communication and support networks among all the people involved, either directly or indirectly, with the aim of maximising good practices and minimising possible risk factors.

Key words: ADHD, Needs, Primary Education, Intervention, Behaviour.

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Ahora se están diagnosticando muchísimos casos y están adaptado las escuelas y la educación a estos niños, pero yo fui niño en los 90 [...] me aburría profundamente en la clase y la liaba. No hacía nada grave, la liaba como la lía un niño poco estimulado (pintaba la agenda, distraía al de al lado, me subía a las canastas...) pero, pronto me hicieron tristemente famoso en la sala de profesores. Me etiquetaron como el travieso, el malo, el problemático. A veces ya no era más que costumbre, no hacía falta que hiciera nada, era el sospechoso habitual. [...] no tenía más que el entorno escolar y la familia, y era un elemento no deseado en cualquiera de los dos sitios.

Me autodefiní como el malo, creía que era el problema y no veía nada bueno en mí. Me encerraba en mi habitación y hacía relatos, comics, diseñaba moda, vídeos... pero como nadie nunca les dio valor, yo tampoco se lo di. [...] Me ha costado años darme cuenta de que tengo cualidades, pero no lo sabía porque nadie me había dicho: ¡bien hecho!

Alconero (2017)

Este es el testimonio de una persona con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) sin adornos y con la intención de plasmar la verdadera realidad que viven muchos niños/as con este trastorno. De este mismo testimonio, surge el interés científico y social para la elaboración del presente trabajo con el que se pretende llegar a la comprensión de este trastorno.

El TDAH es uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuente en la infancia y adolescencia, y uno de los más significativos por el deterioro que ocasiona en el bienestar personal y familiar de la persona. Su sintomatología se caracteriza por la dificultad para mantener la atención y controlar la impulsividad e hiperactividad, aunque el grado de afectación puede variar desde la falta de habilidades para organizarse o planificarse en el proceso de enseñanza/aprendizaje, hasta los déficits en las habilidades sociales. Lo que es requisito imprescindible para corroborar el diagnóstico y determinar la tipología (predominantemente inatento, predominantemente hiperactivo-impulsivo o combinado), es que los síntomas permanezcan durante un mínimo de 6 meses, aparezcan en más de un contexto (familia-escuela) y a un nivel de intensidad que no se corresponde con el del grupo de edad.

Las diferentes investigaciones realizadas hasta el momento, ponen de manifiesto que el TDAH es un trastorno neurobiológico, ya que en un 75% de los casos son los factores biológicos los que mejor explican la presencia del trastorno, aun así se hace

referencia también al peso que tienen los factores ambientales y/o factores de riesgo en los que se ven envueltos algunos casos.

En cuanto a la prevalencia de casos, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - DSM-5 (APA, 2014), un 5% de los niños es diagnosticado con TDAH. Es habitual que el maestro/a se encuentre en el aula con alumnado con TDAH, de ahí la importancia de que disponga de conocimientos sobre las características de este alumnado.

La calidad de vida del niño/a con TDAH es un aspecto que no se suele tener en cuenta y, sin embargo, es determinante conocer cómo el niño/a se ve y valora personalmente su día a día. Son muchos los docentes, familiares, profesionales o la sociedad en sí misma que no comprenden el trastorno, ignoran de qué se trata realmente y actúan en consecuencia “etiquetando” y obviando sus capacidades y/o potencialidades.

Los síntomas del TDAH (déficit de atención, hiperactividad-impulsividad) suponen un fuerte impacto en la vida de la persona y continúan haciéndolo en un 50% de los casos en la etapa adulta. No obstante, el trastorno sigue su curso de forma relativamente estable, sobre todo, si la persona cuenta con un ambiente favorecedor en el que existe una buena comunicación familiar y la debida autoestima, lejos de ambientes conflictivos y reproches hacía su forma de comportarse.

Al Sistema Educativo le queda mucho trabajo por hacer para conseguir estar a la altura de las necesidades educativas de este alumnado. Debe comenzar por comprender qué es el TDAH, y tratar de ofrecer a este alumnado herramientas útiles para contrarrestar sus dificultades a través de sus gustos e intereses, convirtiendo así el proceso de enseñanza/aprendizaje en un reto más ameno.

2. OBJETIVOS

- Comprender cuáles son las características y necesidades del alumnado con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).
- Elaborar un programa de intervención eficaz para el alumnado con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).
- Ofrecer herramientas y/o recursos para dar una mejor respuesta educativa al alumnado con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

- Valorar las capacidades del alumnado con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) brindando oportunidades que aumenten su autoestima y el concepto de las personas que intervienen con él.
- Apostar por el papel de la familia, escuela, profesionales y sociedad en si misma para mejorar la calidad de vida del alumnado con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

3.1 Evolución histórica del concepto TDAH

Un recorrido histórico desvela que el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad no es fruto del S. XXI, sino que anteriormente hubo indicadores de su existencia, que han ido recibiendo distinto nombre en función de los resultados de las debidas investigaciones.

La primera descripción que se encuentra de un patrón de conducta similar a lo que hoy se conoce como TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad), es la del médico escocés Alexander Crichton en 1798. Considerado como uno de los padres de la psicología moderna, utiliza el nombre de *Mental Restlessness* para hacer referencia a “un estado inquieto y a la incapacidad para atender con constancia” (López, Martín, Hernández & Rodríguez, 2016, p. 43).

Pasado el tiempo, no se conoce una descripción clínica hasta comienzos del S.XX de la mano de George Still en su artículo *Some abnormal psychical conditions in children* publicado en 1902. En dicho artículo, describe la observación realizada a una muestra de 43 niños/as con patrones de conducta propios de la inhibición, la agresividad, la desatención y la oposición a las normas. Este autor destaca como estos sujetos se caracterizaban por tener dificultades en la atención y limitaciones en el control de la conducta ante diferentes situaciones. Así mismo, señalaba que ese “defecto de control moral” no tenía por qué ser únicamente resultado del estilo de crianza, sino que en él podía intervenir la herencia o una lesión en el momento del nacimiento (López et al., 2016).

Antes de esa primera definición clínica, otras tantas definiciones se aproximaban al concepto actual del trastorno. Primeramente, se pensó que era causado por un daño cerebral leve definido como *Disfunción Cerebral Mínima*.

[...] Muchos de estos niños difíciles con molesta inquietud que están siempre en constante movimiento y que se dejan influir por impulsos momentáneos y que además poseen la incapacidad de concentrarse, han sido en ocasiones erróneamente diagnosticados de oligofrenia (nombre que se le daba a la deficiencia mental grave) (López et al., 2016, p. 45).

A continuación, entre los años 30-40, el psiquiatra estadounidense Charles Bradley descubre que derivados de la anfetamina son eficaces para la mejora del comportamiento de niños hiperactivos. En la misma línea Guerrero (2016), pone de manifiesto que los estimulantes como la anfetamina, a diferencia de lo que ocurre en la población general, en los sujetos hiperactivos pueden actuar como relajantes e inhibidores de la inquietud y activación. Mientras que, los calmantes como el fenobarbital, podrían tener en estos niños un efecto estimulante aumentando la hiperactivación.

Teniendo en cuenta estos resultados, en 1945 se empieza a administrar psicoestimulantes como el *metilfenidato* a niños con TDAH. Aunque, en la primera publicación del DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) en 1952 no se incluyese el trastorno, seguramente por la dominación del conductismo durante la época. No es hasta el último tramo de los años 50 cuando la hiperactividad empieza a verse como un síntoma primario y entonces, pasa a recibir el nombre de *Síndrome Hiperkinético*.

Al comienzo de los años 60, algunos trabajos se refieren al “*Síndrome del Niño Hiperactivo*” como un trastorno de conducta característico por la presencia de niveles de actividad, precipitación y movimiento por encima de lo normal. Es ahí, cuando la hiperactividad se concibe por primera vez como un trastorno del comportamiento y pasa a incluirse en la segunda edición del DSM-II (APA, 1968) con el nombre de *Reacción Hiperkinética de la Infancia*. A partir del DSM-II, se define como un trastorno benigno de carácter evolutivo, más frecuente en niños que en adolescentes, y que se caracteriza por síntomas tales como la inquietud, la escasa capacidad de atención y distraibilidad, y la elevación de la actividad.

En los años 70, el déficit de atención se antepone a la hiperactividad, el concepto se extiende y empiezan a crearse asociaciones para niños/as y familias afectadas. Son las investigaciones de Virginia Douglas en 1972, las que hacen que el *Trastorno de Déficit de Atención con o sin hiperactividad* (TDA+H y TDA-H) posteriormente en el DSM-III (APA, 1984), incluya la categoría sin hiperactividad (TDA-H).

Los debates abiertos por la consideración de esos nuevos criterios diagnósticos promueven estudios cada vez más fiables, de hecho, fue en la década de los 90, concretamente en 1992, cuando el trastorno es reconocido por la *Organización Mundial*

de la Salud (OMS) e incluido en la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-10).

La cuarta edición del DSM-IV-TR (APA, 2002) registra entonces el trastorno como: *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad* (TDAH) y habla por primera vez de la existencia de tres subtipos: predominantemente inatento, hiperactivo, impulsivo, y/o combinado. Por tanto, el TDAH está formado por una triada de hiperactividad, dificultad para mantener la atención e impulsividad.

Finalmente, en la reciente edición del DSM-5 (APA, 2014) aparecen cambios significativos en la clasificación del trastorno y se añaden nuevos matices a los que conviene hacer referencia. Anteriormente, situado en el grupo de los *Trastornos de Inicio en la Infancia y la Adolescencia*, concretamente en el grupo de *Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador*, ahora pasa a formar parte del grupo de los *Trastornos del Neurodesarrollo* teniendo en cuenta que, la neurobiología y la genética son las vías de investigación que se están llevando a cabo. Además, se marca la edad de inicio antes de los 12 años y se habla de diferentes tipos de presentación: combinada, con predominio de inatención, y/o hiperactividad-impulsividad.

En cuanto al reconocimiento legislativo del trastorno, en 2010 el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad publica la Guía de Práctica Clínica el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes, y a su vez el Ministerio de Educación dota de becas con ayuda económica para las familias afectadas. Cabe señalar entonces, la introducción de los fármacos y el establecimiento de protocolos de actuación conjunta con un aumento de recursos económicos y humanos en el tratamiento psicoterapéutico y servicios de orientación educativa en los colegios (infantil, primaria y secundaria) de las CCAA.

Actualmente, la Ley Orgánica de Mejora de la Calidad Educativa (2013) incluye al TDAH dentro del grupo de Alumnos con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo (ACNEAE) y obliga en cierta parte, a que los centros educativos establezcan medidas curriculares y organizativas para que este tipo de alumnado alcance los objetivos marcados en las diferentes etapas de escolarización.

Según el DECRETO 103/2014, de 10 de junio, por el que se establece el currículo de Educación Primaria para la Comunidad Autónoma de Extremadura se apuesta por: planes de actuación que aseguren los recursos necesarios para que el alumnado que presente dificultades específicas de aprendizaje, TDAH, incorporación tardía al sistema educativo o condiciones personales/historia escolar, pueda alcanzar el máximo desarrollo

posible de sus capacidades personales y/o los objetivos establecidos con carácter general para todo el alumnado.

3.2 Qué es el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Ante la pregunta de qué es el TDAH es probable que, no se pueda responder con una única definición que “conjugue todas las sensibilidades” que arrastra el trastorno (Quintero, 2014).

En la última edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - DSM-5* (APA, 2014), el *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad* es clasificado como un trastorno del neurodesarrollo, característico por su edad de inicio en el periodo de desarrollo y por las consecuencias que provoca en el ámbito personal, social, académico u ocupacional.

El grado de afectación varía desde, limitaciones específicas en el proceso de enseñanza/aprendizaje y/o control de las funciones ejecutivas (memoria verbal y no verbal, autorregulación emocional, capacidad de organización...), hasta otras limitaciones más generales como el desarrollo de las habilidades sociales (comportamientos antisociales, análisis del entorno...).

[...] El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo definido por niveles problemáticos de inatención, desorganización y/o hiperactividad-impulsividad. La inatención y la desorganización implican la incapacidad de seguir tareas, que parezca que no escuchan y que pierdan los materiales a unos niveles que son incompatibles con la edad o el nivel del desarrollo. La hiperactividad-impulsividad implica actividad excesiva, movimientos nerviosos, incapacidad de permanecer sentado, intromisión en las actividades de otras personas e incapacidad para esperar que son excesivos para la edad o el nivel del desarrollo (DSM-5, 2014, p. 32).

Desde otra perspectiva, hay quienes piensan que es un error pensar en el TDAH como un trastorno en lugar de como un síndrome teniendo en cuenta la inflexibilidad de la sintomatología que el concepto “trastorno” supone. Sin embargo, considerar el déficit de atención e hiperactividad-impulsividad como un síndrome significa hablar de una mayor flexibilidad en los síntomas, momentos de aparición y análisis evolutivo en relación a las múltiples causas, derivados mecanismos biológicos y desarrollo de expresiones cognitivas-comportamentales (Ríos & López, 2018).

Tolerar un trastorno como el TDAH no es tarea fácil. Aunque parezca invisible en el día a día produce un impacto significativo en el bienestar psicológico, social y

académico del sujeto que lo padece, y también en la calidad de vida de aquellas personas más próximas a su entorno. Por ello, demostrar una buena actitud hacia el trastorno (familia, escuela, grupo de iguales, especialistas) ayuda notablemente en su desarrollo (Hernández, Pastor, Pastor, Boix & Sans, 2017).

3.3 Prevalencia

El TDAH afecta hasta a un 12% de la población pediátrica mundial y en España a un 6%, aproximadamente, siendo mayor el número de casos de género masculino.

Según el DSM-5 (APA, 2014), un 5% de los niños es diagnosticado de TDAH. Sin embargo, se empieza a hablar de cifras cada vez más altas tras poner en cuestión el papel de las pruebas diagnósticas y valorar la hipótesis de un posible sobrediagnóstico.

El TDAH es la causa más frecuente de los trastornos de la conducta en la infancia y adolescencia, y uno de los trastornos del neurodesarrollo más significativos en niños y adolescentes por la preocupación que despierta tanto en la familia como en la escuela.

Definitivamente, es habitual que un docente se encuentre con un caso de TDAH en el aula o lo que viene a ser, un caso por cada 20 niños/as. Además, como expresa la Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017) no se trata únicamente de un trastorno infantil, ya que en un 50% de los casos sigue cumpliendo los criterios en la etapa adulta.

3.4 Características diagnósticas

Las principales características del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad son: por un lado, la inatención y por otro, la hiperactividad-impulsividad deteriorando ambas el funcionamiento habitual de la persona en determinados contextos de la vida: escuela, familia, relaciones sociales...

Según el DSM-5 (APA, 2014), la inatención se manifiesta en la conducta del sujeto con TDAH con desviaciones, falta de persistencia, dificultad para mantener la atención y desorganización en las tareas que, nada tienen que ver con un desafío o falta de comprensión. La hiperactividad hace referencia a una conducta de excesiva actividad motora en situaciones donde no es lo apropiado. En el caso de los adultos, la

hiperactividad puede manifestarse a unos niveles de inquietud que llegan a incomodar a otras personas.

Y la impulsividad, se trata de actuaciones apresuradas, un deseo de recompensas inmediato o cierta dificultad para retrasar la gratificación que, sin tomar conciencia de las posibles consecuencias pueden causar daño en el propio sujeto con TDAH o en otras personas.

En resumen, la inatención o déficit de atención está más asociado a las dificultades en el proceso de enseñanza/aprendizaje para conseguir los objetivos, y la hiperactividad-impulsividad al manejo de las habilidades sociales y la dificultad que supone la presencia de otros trastornos comórbidos como trastornos de la conducta y problemas psiquiátricos (Hidalgo & Sánchez, 2014).

Dichos síntomas deben darse en más de un contexto (social, familiar, escuela, trabajo...) teniendo en cuenta que, pueden variar y por ello, es necesaria la observación y registro de la misma en cada uno de estos. El DSM-5 (APA, 2014) afirma que:

[...] Los signos del trastorno pueden ser mínimos o estar ausentes cuando el individuo recibe recompensas frecuentes por comportamientos apropiados, está bajo estrecha supervisión, está en una situación nueva, está participando en actividades especialmente interesantes, tiene una estimulación externa constante (p. ej., por pantallas electrónicas), o está en situaciones donde interactúa cara a cara con otra persona (p. ej., la consulta del clínico) (p.61).

Además de las principales características diagnósticas, existen otras asociadas como: dificultades en el desarrollo de las habilidades sociales, en el proceso de enseñanza/aprendizaje con un bajo rendimiento académico, en la expresión verbal, labilidad emocional y autoestima baja, escaso control del tiempo, tendencia a involucrarse en situaciones de riesgo... todo ello movido por la falta de organización e insistencia por cubrir sus necesidades sin tener en cuenta las consecuencias.

3.5 Criterios diagnósticos

Los criterios que el DSM-5 (APA, 2014) expone para la realización de un correcto diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad son:

Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con la función o el desarrollo, caracterizado por inatención: si presentan seis o más síntomas de los que se mencionan a continuación, durante al menos 6 meses, a un grado

que no se corresponde con el nivel de desarrollo del grupo edad, y afectando significativamente al contexto social y/o académico/laboral del sujeto que lo presenta.

- Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades.
- Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas.
- Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales.
- Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
- Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades.
- Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos.
- Con frecuencia olvida las actividades cotidianas.

Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con la función o el desarrollo, caracterizado por hiperactividad-impulsividad: si presentan seis o más síntomas de los que se mencionan a continuación, durante al menos 6 meses, a un grado que no se corresponde con el nivel de desarrollo del grupo edad, y afectando significativamente al contexto social y/o académico/laboral del sujeto que lo presenta.

- Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado.
- Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- Con frecuencia está “ocupado,” actuando como si *lo impulsara un motor*.
- Con frecuencia habla excesivamente.
- Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta.

- Con frecuencia le es difícil esperar su turno.
- Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros.

Cabe señalar que, la inatención y/o la hiperactividad-impulsividad no son solo comportamientos desafiantes, hostiles o por falta de comprensión. Por ello, a partir de los 17 años, se requiere la presencia de un mínimo de cinco síntomas.

También, se deben tener en cuenta otros aspectos:

- Algunos síntomas propios de la inatención o la hiperactividad-impulsividad han aparecido antes de los 12 años.
- Más de un síntoma de inatención o de hiperactividad-impulsividad están presentes en más de un contexto, mínimo dos (familia, escuela, trabajo, grupo de amigos...).
- Existen evidencias de que la sintomatología interfiere en los contextos en los que se desarrolla la vida del sujeto (social, académico, laboral...) pudiendo reducir significativamente la calidad de los mismos.
- Los síntomas no aparecen exclusivamente por motivo de algún trastorno psicótico, y no se explica mejor por la presencia de un trastorno mental (Trastorno de ansiedad, disocial, de la personalidad, consumo de sustancias...)

Y, es conveniente especificar el tipo de presentación clínica (combinada, desatenta, hiperactiva-impulsiva), el grado de afectación (leve, moderado o grave), y si se da únicamente a tiempo parcial causando las mismas negativas. No todos los niños/as con TDAH manifiestan los mismos síntomas ni tampoco con la misma intensidad.

Según la sintomatología:

- *Presentación combinada*: el trastorno se caracteriza por la presencia del criterio de inatención al mismo tiempo que de hiperactividad-impulsividad durante los últimos 6 meses provocando un fuerte impacto en el rendimiento de carácter global. Se trata de la sintomatología más frecuente, alrededor de un 60% de los casos.
- *Presentación predominante con falta de atención*: el trastorno destaca por la presencia del criterio de falta de atención, y no del criterio de hiperactividad-impulsividad, durante los últimos 6 meses provocando un impacto significativo en el ámbito académico. La inatención es más frecuente en las niñas haciendo que,

el trastorno pase más desapercibido o sean atribuidos a trastornos emocionales y/o específicos del aprendizaje.

- *Presentación predominante hiperactiva-impulsiva*: en el trastorno prevalece la presencia del criterio de hiperactividad-impulsividad durante los últimos 6 meses provocando en el sujeto comportamientos agresivos.

Según el grado de intensidad:

- a) *Leve*: presencia de muy pocos síntomas, solo los necesarios para establecer el diagnóstico de forma contundente (6), y el deterioro que provocan en el funcionamiento y/o realización de actividades académicas/labores es mínimo.
- b) *Moderado*: presencia de síntomas situados a un nivel de afectación intermedio.
- c) *Grave*: presencia de más síntomas de los suficientes para establecer el diagnóstico provocando un deterioro notable en el funcionamiento y/o realización de actividades académicas/laborales.

Si los síntomas se dan a tiempo parcial quiere decir que, en un principio se cumplían todos los criterios, pero no todos se han cumplido durante los últimos 6 meses, aunque sí exista deterioro en el funcionamiento social, académico o laboral.

En base a los criterios diagnósticos señalados anteriormente, para la evaluación del trastorno, Ramos (2016) invita a la reflexión y añade que, tener en cuenta la percepción del propio sujeto, y no sólo la de las personas de su entorno, podría cambiar el cumplimiento de dichos criterios.

3.6 Desarrollo y curso

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad comienza en la infancia, concretamente antes de los 12 años con una presencia de síntomas de carácter sustancial durante la etapa. El DSM-5 (APA, 2014) plantea que:

[...] no se especifica una edad de inicio más temprana por las dificultades para establecer retrospectivamente y con precisión el inicio durante la infancia. La memoria de los síntomas infantiles en los adultos tiende a ser poco fiable y convendría obtener información adicional (p.61).

Una vez que el diagnóstico llega a las familias, las reacciones son variadas desde el alivio por conseguir una justificación al comportamiento de su hijo/a con una

disminución del sentimiento de culpa, hasta el miedo o preocupación por el estigma que conlleva y el tratamiento.

Es probable que, la familia del niño/a con TDAH detecte ciertas conductas desde el nacimiento: actividad motora excesiva, problemas para dormir y/o alimentación, incumplimiento de las normas, rabietas... sin embargo, a esa edad es difícil determinar que sea “anormal” ya que, el movimiento infantil ha sido y sigue siendo uno de los problemas más representativos de los padres en todas las épocas y culturas. Además, puede que esos comportamientos estén relacionados con estados de maduración y/o factores ambientales.

Durante los primeros años de vida la sintomatología más frecuente en el niño/a con TDAH es la hiperactividad-impulsividad, pero no es hasta el comienzo de la etapa de Educación Primaria cuando las exigencias atencionales se topan con la evidencia más clara del trastorno: su deterioro en el rendimiento académico. En la adolescencia, continúan con las alteraciones y comienzan a ser etiquetados como “los malos” ante cualquier problemática sin saber que, esto le provoca un sentimiento de frustración, baja autoestima y pérdida del autoconcepto. Pero, lo que más puede verse deteriorado son sus relaciones sociales con amistades poco estables.

En la etapa adulta, los síntomas persisten en aproximadamente un 50% de los casos y presentan comorbilidad con otros trastornos (problemas de estado de ánimo, trastornos de la personalidad, trastornos hipomaniacos...). Destacan los signos de inmadurez ante determinadas tareas o situaciones, suelen ser partícipes de conflictos en casa o en el trabajo con mayor facilidad, demuestran a veces excesiva preocupación por las apariencias, posibles adicciones (alcohol o drogas, juegos o apuestas), etc.

El trastorno es relativamente estable, pero el impacto en la persona es fuerte. Con la edad los síntomas nucleares disminuyen, sobre todo, la presencia de hiperactividad-impulsividad, por lo que la evolución de la persona es cada vez más favorable. Sin embargo, las dificultades en la atención es lo que más se persiste en el tiempo.

El pronóstico es mucho más favorable si desde el inicio del trastorno la persona cuenta con un entorno potenciador de los factores de protección (buena comunicación familiar, autoestima, proyecto de vida elaborado...) frente a los factores de riesgo (ambiente familiar conflictivo, psicopatologías en los progenitores, falta de autoestima...). Además, si los síntomas nucleares son predominantemente inatentos las expectativas futuras son más positivas.

3.7 Etiología

Las causas del TDAH son heterogéneas y multifactoriales, es decir, no existe una única causa que explique su origen. Según las investigaciones, se trata de un trastorno neurobiológico donde la vulnerabilidad de los factores biológicos en interacción con los factores ambientales (prenatales, perinatales y postnatales) modulan la expresión del trastorno.

En el caso de los factores genéticos, el trastorno es hereditario en un 75% de los casos. Existen desajustes en determinadas regiones del cerebro con una alteración tanto en la producción como en la utilización de los neurotransmisores (dopamina y noradrenalina) que explican los síntomas nucleares del trastorno.

Con mayor exactitud, una disfunción del circuito frontoestriatal es la causante de los déficits cognitivos, y una disfunción en el córtex prefrontal la de las dificultades en la memoria de trabajo y en el pensamiento más complejo. Por otro lado, las dificultades relacionadas con la atención, motivación, interés, aprendizaje de nuevas habilidades e incluso, la afectividad es una desregulación de la noradrenalina quien las provoca (Quintero & Castaño de la Mota, 2014, p.603).

Y en el caso de los factores ambientales, el trastorno podría venir causado por: traumatismos craneoencefálicos, infecciones del SNC, bebés prematuros y/o con bajo peso al nacer, consumo de sustancias tóxicas durante el embarazo... Incluso, dentro de estos se pueden señalar factores de riesgo como: haber vivido algún episodio de maltrato durante la infancia o haber sido sometido a estilos educativos desfavorecedores que no explican el trastorno, pero sí influyen en su desarrollo y curso.

No obstante, los avances científicos no terminan de ofrecer unas conclusiones fijas acerca de la disfuncionalidad cerebral por lo que, la etiología del TDAH se vuelve un frente aún abierto a variedad de investigaciones que acaben por hallar pruebas cada vez más contundentes (Ríos-Flórez & López-Gutiérrez, 2018).

3.8 Comorbilidad

La comorbilidad es el término que define la presencia de uno o más trastornos asociados a un trastorno primario, en este caso el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Como sostienen Hervás & Durán (2014), la comorbilidad en el TDAH es la norma y no la excepción, esto significa que la presencia de otros trastornos asociados al trastorno primario (TDAH) es bastante habitual.

En un 70% de los casos, el sujeto con TDAH presenta además un trastorno psiquiátrico, y en un 40% de los casos incluso dos. Esto ocasiona complicaciones a la hora de determinar el diagnóstico, seguir su evolución y dar una respuesta ajustada al trastorno (Hidalgo & Sánchez, 2014).

Las áreas más afectadas son el comportamiento y el proceso de enseñanza/aprendizaje, eso hace que el TDAH a menudo comparta sintomatología con otros trastornos: trastorno específico del aprendizaje, trastorno negativista desafiante, trastorno del espectro autista y/o trastornos del sueño-vigilia en el mayor de los casos. Además de, otros trastornos psiquiátricos más propios en la etapa adulta: trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno por consumo de sustancias, trastorno bipolar, trastorno obsesivo-compulsivo...

No obstante, hay que tener en cuenta los matices que diferencian a unos trastornos de otros a pesar de las similitudes entre los síntomas para así garantizar, través de una exhaustiva observación y evaluación clínica, un correcto diagnóstico.

La detección temprana es una de las posibles soluciones para reducir la alta comorbilidad del trastorno. En España, la detección es considerada bastante tardía ya que, el diagnóstico suele producirse entre los 6-11 años después de un proceso de 3-5 meses aproximadamente para cerrarlo.

3.9 Errores y dificultades

Entre los errores conceptuales que a menudo se tienen sobre el TDAH cabe destacar: la atribución de etiquetas al niño/a, la negatividad a aceptar el trastorno, el pensar que su nivel de inteligencia es menor, que el trastorno desaparece en la adolescencia, o que es consecuencia de incorrectos estilos educativos. Algunos de estos ejemplos dejan clara la existencia de barreras que afectan directamente a la prevención, diagnóstico e intervención del TDAH.

Llama la atención que el profesorado sea uno de los agentes que más tiempo pasa con el alumnado incluso, sea uno de los primeros en sugerir el diagnóstico tras comparar los comportamientos y, sin embargo, reconozca (60% de los casos) desconocer información sobre el tema. Especialmente, existe un desconocimiento acerca de las causas del trastorno con una tendencia a culpabilizar a las familias por los estilos educativos que utilizan. Ante esa realidad, la detección del problema se vuelve tardía,

surgen dificultades para establecer acuerdos familia-escuela y la respuesta educativa no cubre las necesidades del alumnado.

Según una investigación realizada a una muestra de 191 maestros/as, sólo 53 (27,5%) habían obtenido conocimientos sobre TDAH en el grado de Educación Primaria, 28 (14,7%) a través de cursos formativos, 24 (12,6%) a través de charlas informativas y/o ponencias de algunos especialistas en el tema, otros 24 (12,6%) a través de la propia indagación en libros de lectura o páginas webs, finalmente ningún maestro/a había realizado un máster u otras diplomaturas superiores en relación al TDAH (Fernández, Tárraga & Miranda, 2007).

El mundo está en constante evolución y la educación en retroceso mientras los maestros/as no dediquen tiempo a ampliar su formación para las demandas del momento. Se cuenta con diferentes vías de acceso a la información, pero se obvia la más enriquecedora: la observación directa, a la que maestros/as pueden recurrir para extraer información sobre cómo es la intervención con este alumnado en otros colegios. Este gesto, tan poco utilizado, refleja un perfil de maestro/a que prefiere trabajar de forma aislada, y no en coordinación con la comunidad educativa.

A ello se le suma, un dato muy importante del que la ley vigente se olvida, y que tanto dificulta la labor docente, las ratios. En una clase donde de media hay 20 alumnos/as es todo un reto atender correctamente las necesidades de cada uno.

Una vez que el caso llega a manos de los especialistas, existe otro inconveniente y es la falta de recursos humanos debidamente especializados. Un diagnóstico clínico como es el del TDAH debe ser llevado por neuropediatras, psiquiatras o médicos de familia especialistas en el tema en cuestión, ya que no se cuenta con una prueba diagnóstica específica. Para determinar el diagnóstico, se tiene muy presente la información que tanto la escuela como los padres aportan a la evaluación clínica, pero pierde veracidad si estos, como en la mayoría de los casos, no están bien informados sobre qué es realmente el TDAH.

La hipótesis entonces de un posible sobrediagnóstico se entiende mejor si se hace referencia a esa falta de información, y a la situación por la que pasa la infancia actualmente (invasión de las tecnologías, la familia cuenta con escaso tiempo para estar con sus hijos por cuestiones de trabajo, la escuela trata de hacer “más adultos” a los niños/as...) provocando un desarrollo infantil poco saludable.

La sociedad actual se aleja cada vez más del movimiento y de sus beneficios, es una sociedad sedentaria que prefiere pasar más tiempo enganchada a la tecnología (5/6 h

diarias) que salir a la calle a disfrutar del tiempo libre (3/4 h recomendadas) con su grupo de iguales. Además, la familia no ayuda a que esa situación se produzca, ya sea por motivos de trabajo o por su propia comodidad, pero tampoco trata de hacerlo la escuela.

Hoy en día el ritmo de vida tan acelerado, no deja tiempo suficiente para estar con los más pequeños de la forma en que sería necesaria, se busca que estos escuchen y obedezcan con rapidez privándole de un espacio de reflexión personal y una adecuada atención. Además, el colegio también impide que las relaciones escolares entre los grupos de iguales se vean potenciadas. Por un lado, el tiempo de recreo es muy limitado (30 minutos) y por otro, cuando los niños/as interactúan entre sí, en la mayoría de los casos, lo hacen dirigidos por un adulto y no por ellos mismos (Freire, 2017).

Finalmente, cuando el diagnóstico está sobre la mesa todos los agentes implicados deben ser conscientes de las posibles debilidades de su práctica y entonces, estar dispuestos a mejorarla respetando el derecho de los niños/as a ser ellos mismos y ofreciéndole un ambiente positivo donde se crea en sus capacidades y en lo que puedan llegar a aportar.

3.10 Tratamiento multimodal

Las investigaciones más actuales defienden que el tratamiento multimodal es la solución más efectiva para alumnos/as con TDAH. Según Servera (2012), el tratamiento multimodal debe entenderse como la forma adecuada de llevar a cabo un tratamiento conjunto (familia, escuela, especialistas) donde todos los agentes implicados actúen de manera complementaria hasta alcanzar los objetivos establecidos.

El tratamiento multimodal comprende: por un lado, la intervención psicopedagógica y educativa y por otro, la intervención psicológica y el tratamiento farmacológico. La intervención psicopedagógica y educativa se centra principalmente en elegir una metodología capaz de ajustar las características del alumno/a a los objetivos de etapa. Y, además requiere de una actitud positiva, de respeto y de comprensión por parte del docente, quien debe hacer de guía durante todo el proceso de enseñanza/aprendizaje ofreciendo al alumno/a una organización más estructurada, inmediatez en las consecuencias positivas y firmeza en las negativas.

De forma simultánea, la consecución de los objetivos debe continuar fuera del aula. Por ello, es vital que exista una conexión familia-escuela, donde se comuniquen en todo momento los avances o retrocesos del niño/a y se genere un ambiente de apoyo

mutuo. En el momento en que la familia culpa al colegio, o viceversa, de las dificultades que presenta el niño/a, únicamente se está consiguiendo retrasar el momento de dar una respuesta a sus necesidades (Servera, 2012).

El tratamiento farmacológico suele iniciarse a partir de los 6 años y entre los fármacos más utilizados están los psicoestimulantes (metilfenidato). Estos aumentan las posibilidades de concentración y mejoran la conducta y, por consiguiente, el rendimiento académico y la adaptación social del niño/a. En muchos casos, va acompañado de terapias cognitivo-conductuales que utilizan estrategias como la autoevaluación, autorregulación o autoinstrucciones para potenciar las dificultades y/o limitaciones del trastorno (resolución de problemas, manejo de las emociones, habilidades sociales, control del tiempo...).

Según un estudio realizado por la Universidad Complutense de Madrid (Fontana & Jiménez, 2015) sobre la eficacia de un programa conjunto de desarrollo de la inteligencia emocional para padres e hijos con TDAH, el nivel emocional de los padres es más bien bajo. Estos no prestan atención a sus emociones, son incapaces de identificarlas y como consecuencia, no favorecen al uso del lenguaje emocional en casa. De hecho, son sus hijos/as quienes afirman no hablar de sus emociones resultándole entonces difícil ponerle nombre, no solo a las suyas sino también a las ajenas. Además, tienden a presentar una baja motivación intrínseca dependiendo en mayor medida de una motivación extrínseca.

Los fármacos mejoran la sintomatología básica del trastorno, permitiendo mejorías notables en el comportamiento del niño/a y a su vez, en la intervención educativa. Sin embargo, la mejora del niño con TDAH no va a depender únicamente del tratamiento farmacológico, sino de la combinación de otros como el psicológico y el educativo, por ello hay que valorar el nivel de responsabilidad y/o grado de implicación del entorno familiar, escolar y social hasta asegurar la eficacia completa del tratamiento (Servera, 2012).

Sin ir más lejos, las experiencias personales y emocionales deberían ser utilizadas para reorientar las formas de tratamiento ya que, en la mayoría de los casos se prioriza el trato al trastorno en vez de a la persona (Flores, 2016).

4. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

4.1 Introducción

La elaboración del siguiente programa de intervención tiene como finalidad evitar que el fracaso escolar defina al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Para ello, ofrece a maestros/as de Educación Primaria una serie de recursos metodológicos que les capaciten para actuar frente a este tipo de alumnado que, en demasiadas ocasiones es considerado un alumno difícil de llevar. Y, además, presenta diferentes modelos de sesiones de trabajo para que el especialista en Pedagogía Terapéutica las lleve a cabo con el alumno/a de manera individualizada.

Según Quiroga (2015) el TDAH es el “trastorno de las oportunidades”. Por un lado, de las oportunidades perdidas cuando el alumno/a recibe un tratamiento inadecuado que solo le lleva a tener repercusiones negativas. Y por otro, de las oportunidades ganadas cuando el alumno/a recibe un tratamiento ajustado a sus necesidades y centrado en potenciar sus cualidades.

El programa de intervención va dirigido a todos los alumnos/as con presencia de claros indicadores de TDAH de tipo combinado, es decir, con predominio de déficit de atención e hiperactividad-impulsividad, y dentro de un grupo de edad de 8-9 años. Las 8 sesiones de las que está compuesto el programa siguen una misma estructura, pero trabajan aspectos diferentes: el entrenamiento de la atención, la memoria, el autocontrol e incluso, el bienestar emocional y la autoevaluación de los comportamientos y logros, pasando por actividades que mejoren la organización, expresión y comprensión de las ideas.

Es importante que, a la hora de ponerlo en práctica sea llevado a cabo de forma conjunta entre los maestros/as y el especialista en Pedagogía Terapéutica. Además, es preciso el debido apoyo de la familia y el conocimiento de los especialistas médicos de cómo se está trabajando con el niño/a en caso de que la medicación también sea parte del tratamiento.

4.2 Objetivos

Generales:

- Promover un proceso de enseñanza/aprendizaje más activo y centrado en las necesidades del alumno/a.
- Favorecer el empleo de las habilidades para compensar las dificultades y/o limitaciones del alumno/a con TDAH.
- Capacitar al alumno/a para desarrollar un autoconocimiento y control de su conducta.
- Evitar la estigmatización del alumno/a con TDAH.
- Motivar a docentes y familias al uso de herramientas específicas para abordar de una forma más efectiva las dificultades del niño/a con TDAH estableciendo redes de apoyo entre ambos.

Específicos:

- Entrenar la atención a través de diferentes estrategias o recursos visuales y auditivos para que el alumno/a mejore en la comprensión oral y escrita.
- Favorecer que el alumno/a logre simultanear varias tareas potenciando con ello la memoria de trabajo y la capacidad de atención.
- Mejorar la atención y el autocontrol a través de actividades de expresión oral y escrita.
- Conseguir que el alumno/a demuestre una mayor flexibilidad cognitiva
- Dotar al alumno/a de un lenguaje interior a través de autoinstrucciones que le ayuden a autorregularse en la realización de las tareas.
- Disminuir el impacto de su inquietud motriz a través de la realización de actividades más activas y motivantes para el alumno/a.
- Reforzar las habilidades sociales del alumno/a para que establezca relaciones socioafectivas plenas.
- Generar valores y actitudes de responsabilidad y compromiso en el alumno/a.

4.3 Contenidos y competencias

Según el DECRETO 103/2014, de 10 de junio, por el que se establece el currículo de Educación Primaria para la Comunidad Autónoma de Extremadura, los contenidos que se trabajan a lo largo de la propuesta de intervención en relación al tercer curso de Educación Primaria son:

*Área de Lengua y Literatura:

- Situaciones de comunicación, espontáneas o dirigidas, utilizando un discurso ordenado y coherente.
- Estrategias y normas para el intercambio comunicativo: participación; exposición clara; organización del discurso; escucha; respeto al turno de palabra; papel de moderador; entonación adecuada; respeto por los sentimientos, experiencias, ideas y opiniones.
- Expresión y producción de textos orales según su tipología: narrativos, descriptivos e informativos.
- Comprensión de textos orales según su tipología: narrativos, descriptivos e informativos. Sentido global del texto. Ampliación del vocabulario.
- Valoración de los contenidos transmitidos por el texto. Resumen oral.
- Audición y reproducción de textos breves, sencillos y que estimulen el interés del niño.
- Estrategias para utilizar el lenguaje oral como instrumento de comunicación y aprendizaje: escuchar y preguntar. Comentario oral.
- Recursos gráficos en la comunicación escrita.
- Audición de diferentes tipos de textos.
- Comprensión de diversos tipos de textos.
- Lectura de distintos tipos de texto: narrativos, descriptivos y literarios.
- Estrategias para la comprensión lectora de textos: título. Ilustraciones. Palabras clave. Capítulos. Relectura. Diccionario. Sentido global del texto. Ideas principales. Resumen.
- Producción de textos para comunicar conocimientos, experiencias y necesidades: narraciones, descripciones, cuentos, poemas y diálogos.
- Normas y estrategias para la producción de textos.
- Caligrafía. Orden y presentación.
- Reconocimiento de las distintas clases de palabras y explicación reflexiva de su uso en situaciones concretas de comunicación (nombre, verbo, adjetivo, artículos).
- Identificación de los tiempos verbales (presente, pasado y futuro).
- Uso eficaz del diccionario para ampliación de vocabulario y como consulta ortográfica y gramatical.

*Área específica de intervención:

- Expresión de ideas, sentimientos, experiencias y opiniones.
- Identificación de las diferencias entre dos elementos.
- Identificación de elementos que no pertenecen al conjunto o son erróneos.
- Localización de objetos en el espacio a partir de instrucciones.
- Organización de una secuencia de acuerdo a unos criterios.
- Estrategias para el fomento de la creatividad, relajación y vuelta a la calma.

En cuanto a las competencias que los contenidos favorecen a desarrollar son:

- Aprender a aprender
- Comunicación lingüística
- Competencias sociales y cívicas

Y más concretamente, en relación a la asignatura *Psicopatología en la infancia y la adolescencia* en el itinerario de Pedagogía Terapéutica, las competencias en las que se enmarca la propuesta de intervención son:

- Conocer los fundamentos psicológicos, sociales, y lingüísticos de la diversidad de las diferentes necesidades específicas de apoyo educativo, siendo capaz de asesorar tanto a los padres como a otros docentes.
- Detectar, discriminar e identificar los problemas emocionales, comunicativos, cognitivos, conductuales y sociales más frecuentes en el ámbito escolar, teniendo en cuenta diferencias individuales.
- Ser capaz de acometer, directamente o en colaboración con el resto del profesorado, la planificación, el desarrollo y la evaluación de una respuesta educativa de calidad para el alumnado con necesidades educativas especiales/específicas, que estén asociadas a condiciones personales o sociales y cualquiera de los contextos en los que pudiera estar escolarizado.
- Ser capaz de evaluar los planes de trabajo individualizados, introduciendo ajustes progresivos en los objetivos de la intervención, en la adecuación de los métodos, las pautas a seguir.

4.4 Metodología

4.4.1 Participantes

El programa de intervención va dirigido, de forma generalizada, a aquel alumno/a con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad de tipo combinado (inatención e hiperactividad-impulsividad), y más concretamente a un grupo de edad entre 8-9 años. No obstante, cabe señalar que se trata de una propuesta de intervención que puede sufrir modificaciones para ajustarse al perfil, peculiaridades e incluso, comorbilidades del alumnado.

La intervención está pensada para ser llevada a cabo de forma conjunta por el tutor/a del curso en el que se encuentre el alumno/a y los maestros/as del resto de materias, el especialista de Pedagogía Terapéutica y la familia en un primer plano. Y en un segundo, los médicos especialistas si este recibe tratamiento. El maestro/a especialista en Pedagogía Terapéutica es el encargado de ofrecer una atención al alumno/a más individualizada al mismo tiempo que, brinda recomendaciones y herramientas para trabajar con el alumno/a dentro del grupo-clase mejorando así los resultados del proceso de enseñanza/aprendizaje y favoreciendo la inclusión.

4.4.2 Organización espacial y temporal

El desarrollo de las sesiones supone un proceso de intervención que tiene lugar dentro y fuera del aula ordinaria de referencia del alumno/a diagnosticado. El maestro/a especialista en Pedagogía Terapéutica trabaja con el alumno/a fuera del aula ordinaria en los momentos que hayan sido estipulados atendiendo las necesidades del mismo de manera individualizada y de forma paralela, los maestros/as del aula ordinaria deben poner en práctica las recomendaciones del especialista.

En lo que a la temporalización se refiere, el programa de intervención cuenta con un total de 8 sesiones a razón de realizar 2 sesiones por semana. Cada una de estas sesiones tiene una duración de 20/30 minutos para el desarrollo de las actividades con la debida supervisión de las mismas.

MARZO 2019						
L	M	X	J	V	S	D
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

Tabla 1. Cronograma

La idea es que, cada mes estas sesiones sean tomadas de ejemplo y puedan ajustarse a nuevos contenidos para que a lo largo de todo el curso académico se siga una misma estructura de trabajo con estrategias y herramientas que ayuden al alumnado a desenvolverse mejor en las tareas.

4.4.3 Estructura

Todas las sesiones siguen una misma estructura: la presentación de las actividades junto al repaso de las autoinstrucciones que debe seguir el alumno/a, el desarrollo de las actividades y las conclusiones que se hayan extraído del trabajo realizado para que el maestro/a pueda evaluarlo, e incluso sea el alumno/a quien se evalúe a sí mismo.

Las actividades se centran en el trabajo de la atención, la memoria, el autocontrol y las habilidades sociales. Se trata de entrenar la atención en el campo auditivo y visual y la memoria de trabajo para ayudar al alumno/a a mejorar la comprensión de la nueva información. Asimismo, se trata de conseguir que el alumno/a mejore el control de su impulsividad, el autocontrol, la tolerancia a la frustración y/o regulación emocional, así como mejorar sus habilidades sociales.

De forma paralela, en el aula ordinaria se marcan una serie de recomendaciones como: la realización de rutinas, herramientas para mejorar el autocontrol y manejo en el trabajo. De esta manera, se pone al alumno/a en situación y se le muestra una forma de planificación con valores intrínsecos de responsabilidad y compromiso.

4.5 DESARROLLO DE LAS SESIONES

El primer paso para el desarrollo eficaz de un programa de intervención sobre un trastorno es la comprensión de este. Hay que partir de una definición precisa del trastorno, conociendo cuáles son las dificultades que puede presentar el alumnado y, sobre todo, entendiendo que el niño/a no actúa así premeditadamente.

El segundo paso es el clima de trabajo en el aula. Puesto que, se pueden presentar ciertas dificultades para transformar físicamente el aula por cuestiones de base administrativa, a pesar de los efectos negativos que ocasionan (ratios descomunales, mobiliario impropio, asientos incómodos, monotonía de color...), los docentes sí que pueden transformar la forma en la que se alcanzan los aprendizajes.

Ante la presente situación, las escuelas deberían reconsiderar sus expectativas y actuar acorde a las necesidades del alumnado demostrando ser una escuela más abierta. Valett (1988) destaca que, al igual que los hijos son el reflejo de las actitudes de sus padres, también lo son de sus maestros/as. Si un maestro/a no es capaz de controlar sus propias emociones, se muestra tenso y frustrado por no saber solventar determinadas situaciones, puede esperar prácticamente las mismas actitudes de sus alumnos/as. Sin embargo, un maestro/a más atento, positivo y relajado a la hora de actuar, provoca en sus alumnos/as la misma tranquilidad.

Las actitudes del entorno más cercano al niño/a con TDAH conlleva un riesgo elevado de afectación a su autoestima debido, entre otras causas, a las repetidas frustraciones y fracasos que supone no responder a las expectativas del entorno familiar y escolar, incluso de su grupo de iguales. Que los alumnos/as intercambien opiniones, sensaciones y maneras de actuar en el aula puede ser una buena forma de cuidar la autoestima y el autoconcepto de cada uno de ellos haciendo que se sientan parte del grupo.

El tercer paso, si se quiere atraer la atención del niño/a, es conocer sus intereses y/o curiosidades para después ayudarle a emplear sus habilidades y compensarlas con sus limitaciones haciendo que estas sean más invisibles.

La atención tiene al menos tres funciones distintas: la atención selectiva, permite al alumno/a centrarse en lo relevante y discriminar aquello que no lo es ante una determinada tarea focalizando su atención hasta comprender la información para después almacenarla en la memoria de trabajo. La atención dividida, permite al alumno/a realizar varias tareas de forma simultánea centrandolo su atención en función de la demanda de cada

una de esas. Y la atención sostenida, permite al alumno/a realizar tareas de larga duración manteniendo la atención hasta que dicha tarea esté terminada (Servera, 2012).

En el caso del alumno/a con TDAH, estas funciones se ven alteradas y entonces, se vuelve necesario saber que, a la hora de planificar y organizar una correcta intervención, son precisamente las habilidades cognitivas como la planificación y la organización las que hay que trabajar permitiéndole así mantener mejor la información, manipularla y aplicarla a la realidad (Niño, Correa & Giraldo, Henríquez, 2015). A menudo, no cuentan con la ayuda de autoinstrucciones para resolver una tarea y su control inhibitorio y/o atencional les hace desviar la atención de las explicaciones del maestro/a por lo que, responde mejor ante tareas cortas y/o cambiantes, instrucciones claras y concisas además del *feedback* o retroalimentación final.

En cuanto a la hiperactividad-impulsividad también característica del trastorno, puede ser aprovechada asignándole cierta responsabilidad en tareas alternativas: recoger los ejercicios de sus compañeros/as, repartir el material, anotar la fecha o las tareas pendientes en la pizarra... Además, se pueden plantear actividades más activas para hacer del proceso de enseñanza/aprendizaje algo más dinámico, y es bastante recomendable situar las horas de educación física durante las primeras horas de la jornada escolar para activar la mente el resto del día.

Al mismo tiempo la familia, puede tomar contacto con otras familias en sus mismas condiciones y compartir experiencias que le ayuden a mejorar en los aspectos actitudinales y comportamentales y en general, a optimizar las buenas prácticas y minimizar los posibles factores de riesgo. Torío, Peña & Rodríguez (2008), señalan que la familia no solo educa a sus hijos con sus intervenciones educativas, sino también de manera indirecta con el ambiente donde les hacen crecer. Si el niño/a vive en un clima donde prima la seguridad emocional, el cuidado de su bienestar y existe una buena comunicación, el desarrollo evolutivo del niño/a se ve realmente enriquecido.

4.5.1 Sesión 1: Presentación

Breve introducción
Con esta primera sesión se pretende conocer al alumno/a y establecer con él una meta a través de un proceso de enseñanza/aprendizaje apoyado en sus gustos e intereses.
Objetivos
- Generar valores y actitudes de responsabilidad y compromiso en el alumno/a.

<ul style="list-style-type: none"> - Reforzar las habilidades sociales del alumno/a para que establezca relaciones socioafectivas plenas
Contenidos
<ul style="list-style-type: none"> - Expresión de las ideas, sentimientos, experiencias y opiniones - Recursos gráficos en la comunicación escrita - Comprensión de diversos tipos de textos
Actividades
<p>Actividad 1.</p> <p>Se presenta al alumno/a un cuestionario en una hoja de papel con preguntas sobre sus gustos/intereses para que las conteste.</p> <p>Actividad 2.</p> <p>Se propone al alumno/a la elaboración de un contrato en el que debe aparecer por escrito los compromisos de cada uno de los agentes implicados en la intervención para la mejora (alumno/a, maestro/a y padres). Para ello, el primer paso es enseñarle al alumno/a el modelo de compromiso para que lea en qué se compromete el maestro/a y así entienda que en ese “pacto” debe algo a cambio. A continuación, el alumno/a escribe sus compromisos y lee aquellos que incumben a la familia para que finalmente, todos firmen y lo cumplan.</p>
Evaluación
<p>El maestro/a debe hacer una primera evaluación del alumno/a a través de la observación directa detectando cuáles pueden ser sus dificultades, su capacidad de expresión y su nivel de interés/motivación hacia la consecución de los objetivos.</p>

Tabla 2. Sesión 1

4.5.2 Sesión 2: Nubes de palabras

Breve introducción
<p>Con una herramienta gráfica como las nubes de palabras se pretende que el alumno/a identifique la temática de trabajo, amplíe los conceptos y organice la nueva información estableciendo conexiones con las ideas previas. Además, se trabajan los distintos tipos de grafía, la expresión escrita y la representación gráfica del contenido.</p>
Objetivos

<ul style="list-style-type: none"> - Entrenar la atención a través de diferentes estrategias o recursos visuales y auditivos para que el alumno/a mejore en la comprensión oral y escrita - Mejorar la atención y el autocontrol a través de actividades de expresión oral y escrita - Dotar al alumno/a de un lenguaje interior a través de autoinstrucciones que le ayuden a autorregularse en la realización de las tareas
Contenidos
<ul style="list-style-type: none"> - Recursos gráficos en la comunicación escrita - Identificación de elementos que no pertenecen al conjunto o son erróneos - Ampliación del vocabulario - Caligrafía, orden y presentación
Actividades
<p>Antes de iniciar las actividades, se muestra al alumno/a una infografía con trucos para enfrentarse de mejor manera a la realización de actividades. Esta infografía debe acompañar al alumno/a en cada tarea, ya que se trata de una rutina que hará que el niño/a aprenda a aprender y a pensar.</p> <p>Actividad 1.</p> <p>Se entrega al alumno/a una nube de palabras en las que se encuentran diferentes palabras del mismo campo semántico, y otras que nada tienen que ver. La idea es que, el alumno/a sea capaz de localizar el “superconcepto”, es decir, el concepto principal sobre el que giran el resto de palabras.</p> <p>Se recomienda que el vocabulario sea cercano y motivante para el alumno/a.</p> <p>Actividad 2.</p> <p>Una vez marcado con color el “superconcepto” e identificada la temática, el alumno/a elabora su propia nube de palabras donde debe añadir nuevas palabras del mismo campo semántico y darle forma a todo el conjunto de palabras. Dicha forma tiene que estar relacionada con la temática, pero sí necesita ayuda el maestro/a puede ofrecerle un modelo del boceto para que simplemente coloque las palabras dentro de él a modo de resumen.</p>
Evaluación

Se utiliza una rúbrica para evaluar el nivel de atención en torno a 3 grados (bajo, intermedio y alto) siendo 1 el más bajo y 3 el más alto, al igual que el nivel de interés o motivación. Y, por otro lado, una serie de ítems específicos (identifica la temática y más de la mitad de los conceptos; incorpora nuevos conceptos; demuestra originalidad para elaborar una nueva nube de palabras...).

Tabla 3. Sesión 2

4.5.3 Sesión 3: La canción

Breve introducción
Conociendo los gustos musicales del alumno/a puede trabajarse de una forma diferente la atención. El alumno/a escucha una canción y trata de identificar en ella una serie de cuestiones.
Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> - Entrenar la atención a través de diferentes estrategias o recursos visuales y auditivos para que el alumno/a mejore en la comprensión oral y escrita - Mejorar la atención y el autocontrol a través de actividades de expresión oral y escrita - Favorecer que el alumno/a logre simultanear varias tareas potenciando con ello la memoria de trabajo y la capacidad de atención - Conseguir que el alumno/a demuestre una mayor flexibilidad cognitiva
Contenidos
<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de los tiempos verbales (presente, pasado y futuro). - Uso eficaz del diccionario para ampliación de vocabulario y como consulta ortográfica y gramatical. - Reconocimiento de las distintas clases de palabras y explicación reflexiva de su uso en situaciones concretas de comunicación (nombre, verbo, adjetivo, artículos). - Audición de diferentes tipos de textos. - Lectura de distintos tipos de texto: narrativos, descriptivos y literarios. - Comprensión de textos orales según su tipología: narrativos, descriptivos e informativos. Sentido global del texto. Ampliación del vocabulario.
Actividades
Actividad 1.

Se reproduce una canción que entre dentro de sus gustos musicales, para aumentar así la motivación hacia la realización de la actividad. Una vez que el alumno/a ha escuchado un trozo de la canción, se le pregunta si la reconoce y si sabe de qué cantante se trata. A continuación, el alumno/a escucha de nuevo la canción para tratar de analizar de qué se trata y focalizar la atención contando el número de veces que se repite una palabra clave que haya determinado el maestro/a. Para ello, se utiliza una consigna: dar un golpe con la mano sobre la mesa cada vez que oiga dicha palabra.

Actividad 2.

Se trabaja la letra de la canción en formato escrito y con la música de fondo pidiéndole al alumno/a analizar los tiempos verbales (presente, pasado y futuro) que aparecen, localizar 3 adjetivos y señalar aquellas palabras cuyo significado no conozca para después buscarlas en el diccionario.

La búsqueda de palabras en el diccionario debe ser cronometrada con tiempo por el maestro/a por un lado, para hacer la actividad más atractiva y por otro, para evaluar el tiempo en función de la mecánica elegida por el alumno/a para buscar.

Cabe señalar que, es conveniente animar también al alumno/a a que se aprenda la canción y poder cantarla en otras sesiones potenciando así su memoria.

Evaluación

Se utiliza una nueva rúbrica con una serie de ítems específicos (identifica los tiempos verbales; identifica los adjetivos, búsqueda en el diccionario...). Y, por otro lado, el maestro en una especie de batería de móvil marca con una X el color que mejor represente el nivel de atención del alumno/a durante la sesión (verde: 75-100%, naranja: 50%, o rojo: menos del 15%) para que el alumno sea consciente de ello y lo pegue en su cuaderno.

Tabla 4. Sesión 3

4.5.4 Sesión 4: Pon atención en lo que buscas

Breve introducción

Con el fin de realizar actividades en las que el alumno/a no tenga como requisito imprescindible estar sentado en su silla, se propone la búsqueda de diferencias en formato visual y la localización de objetos por el aula de una manera más vivencial.

Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> - Entrenar la atención a través de diferentes estrategias o recursos visuales y auditivos para que el alumno/a mejore en la comprensión oral y escrita. - Mejorar la atención y el autocontrol a través de actividades de expresión oral y escrita. - Conseguir que el alumno/a demuestre una mayor flexibilidad cognitiva - Disminuir el impacto de su inquietud motriz a través de la realización de actividades más activas y motivantes para el alumno/a.
Contenidos
<ul style="list-style-type: none"> - Comprensión y expresión de mensajes verbales y no verbales. - Identificación de las diferencias entre dos elementos - Localización de objetos en el espacio a partir de instrucciones - Estrategias para utilizar el lenguaje oral como instrumento de comunicación y aprendizaje: escuchar y preguntar. Comentario oral.
Actividades
<p>Actividad 1.</p> <p>Se proyectan en la pizarra digital 2 imágenes similares, pero con un número determinado de diferencias que el alumno/a debe encontrar. Al principio, se pide localizar solo 2 diferencias durante un tiempo limitado y a medida que el alumno/a vaya respondiendo a la actividad, el tiempo de búsqueda va aumentando. De lo contrario, si al principio se da un mayor tiempo de búsqueda, el alumno/a probablemente se frustre al aumentar el número de diferencias y ver que el tiempo es menor.</p> <p>Se recomienda que el alumno/a realice la actividad de pie y cerca de la pizarra para que pueda moverse libremente al señalar las diferencias sobre la pantalla y explicar finalmente, de forma oral cada una de estas.</p> <p>Actividad 2.</p> <p>Utilizando el mismo espacio en el que se desarrollan las dos imágenes anteriores, se trata de situar de la forma más vivencial posible al alumno/a en ese espacio. Por ejemplo, si el lugar visible en las imágenes se trata de un supermercado, la idea es simular que el alumno/a se encuentra allí. A continuación, y una vez colocado el</p>

material pertinente para recrear la escena, se pide al alumno/a localizar diferentes objetos a los que debe ir poniendo un post-it con el número ordinal en el que los vaya encontrando.
Evaluación
Se utiliza la hoja de registro donde se señalan además del nivel de atención, interés y motivación, los puntos fuertes/débiles durante la realización de las actividades. Cabe señalar que, en la actividad 2 según el número que aparece en los post-it que ha ido colocando el alumno/a, se puede conocer el nivel de dificultad para encontrar cada uno de los objetos.

Tabla 5. Sesión 4

4.5.5 Sesión 5: Organiza la historia

Breve introducción
Se trabaja con el alumno/a la organización temporal de una historia y la recogida de información de la misma a través del formato visual para después contarla de forma resumida.
Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> - Entrenar la atención a través de diferentes estrategias o recursos visuales y auditivos para que el alumno/a mejore en la comprensión oral y escrita - Favorecer que el alumno/a logre simultanear varias tareas potenciando con ello la memoria de trabajo y la capacidad de atención - Conseguir que el alumno/a demuestre una mayor flexibilidad cognitiva
Contenidos
<ul style="list-style-type: none"> - Audición y reproducción de textos breves, sencillos y que estimulen el interés del niño. - Organización de una secuencia de acuerdo a unos criterios - Identificación de los tiempos verbales (presente, pasado y futuro). - Recursos gráficos en la comunicación escrita. - Valoración de los contenidos transmitidos por el texto. Resumen oral.
Actividades
Actividad 1.

Se entrega al alumno/a una secuencia temporal de una historia en imágenes enumeradas para que trate de organizarla. Una vez colocada la secuencia, el maestro/a pide al alumno/a que lo explique y lo justifique debidamente.

Actividad 2.

Ahora, es el momento de proyectar en la pizarra digital la historia verdadera para que el alumno/a la conozca. Mientras, el maestro/a coloca sin que el alumno/a le vea la secuencia temporal de la historia de forma errónea para que finalmente el alumno/a, compruebe si es así como sucede la historia.

Actividad 3.

La última actividad para completar la sesión, consiste en que el alumno/a a modo resumen represente a través de un dibujo la historia.

Evaluación

Se utiliza la hoja de registro donde se señalan además del nivel de atención, interés y motivación, los puntos fuertes/débiles durante la realización de las actividades. Y, por otro lado, la batería de móvil para representar el nivel de atención del alumno/a durante la sesión.

Tabla 6. Sesión 5

4.5.6 Sesión 6: Detective de historias

Breve introducción

Se anima al alumno/a a convertirse en un detective de una historia para que analice todos los detalles de la misma.

Objetivos

- Entrenar la atención a través de diferentes estrategias o recursos visuales y auditivos para que el alumno/a mejore en la comprensión oral y escrita
- Favorecer que el alumno/a logre simultanear varias tareas potenciando con ello la memoria de trabajo y la capacidad de atención
- Mejorar la atención y el autocontrol a través de actividades de expresión oral y escrita
- Dotar al alumno/a de un lenguaje interior a través de autoinstrucciones que le ayuden a autoregularse en la realización de las tareas

Contenidos
<ul style="list-style-type: none"> - Reconocimiento de las distintas clases de palabras y explicación reflexiva de su uso en situaciones concretas de comunicación (nombre, verbo, adjetivo, artículos). - Identificación de los tiempos verbales (presente, pasado y futuro). - Normas y estrategias para la producción de textos. - Caligrafía. Orden y presentación. - Lectura de distintos tipos de texto: narrativos, descriptivos y literarios. - Estrategias para la comprensión lectora de textos: título. Ilustraciones. Palabras clave. Capítulos. Relectura. Diccionario. Sentido global del texto. Ideas principales. Resumen. - Estrategias para el fomento de la creatividad, relajación y vuelta a la calma
Actividades
<p>Actividad 1.</p> <p>En primer lugar, se le presenta al alumno/a un listado de trucos en una infografía para convertirse en un auténtico detective de una historia. Una vez se ha tomado nota de los trucos, el maestro/a entrega al alumno/a el texto donde se cuenta la historia y sobre el cual tiene que trabajar haciendo una lectura en voz alta para conocer bien a los personajes y qué sucede en la historia.</p> <p>El alumno/a como buen detective debe señalar sobre el texto: cómo empezó la historia (inicio), dónde surge la parte importante de la historia (nudo) y dónde termina la historia (desenlace) además de, quiénes son los personajes con algún adjetivo que les defina.</p> <p>Actividad 2.</p> <p>Se propone al alumno/a una actividad de relajación que consiste en crear formas con recortables en forma de nube. El maestro/a puede ofrecer al alumno/o una imagen para imitar con los recortables o dar rienda suelta a su imaginación.</p>
Evaluación
<p>Se utilizan unas pelotas de pin-pon para evaluar la comprensión lectora en las que aparecen diferentes partículas interrogativas (Qué, Quién, Cuándo, Dónde, Cómo, Por qué...) que el maestro/a une a cualquier pregunta que quiera hacer al alumno/o y se la lanza a este para que responda antes de que acabe el tiempo que se haya estipulado. En</p>

las preguntas también se pueden incluir aquellas de opinión personal (qué es lo que más te ha gustado de la historia, y lo que menos).

Tabla 7. Sesión 6

4.5.7 Sesión 7: Reconoce y dispara la historia

Breve introducción
Con el propósito de trabajar con el alumno/a las historias de los cuentos tradicionales, se pone a prueba su memoria y también su capacidad de recreación.
Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> - Entrenar la atención a través de diferentes estrategias o recursos visuales y auditivos para que el alumno/a mejore en la comprensión oral y escrita - Mejorar la atención y el autocontrol a través de actividades de expresión oral y escrita - Conseguir que el alumno/a demuestre una mayor flexibilidad cognitiva
Contenidos
<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de los elementos que no pertenecen al conjunto o son erróneos - Expresión y producción de textos orales según su tipología: narrativos, descriptivos e informativos.
Actividades
<p>Actividad 1.</p> <p>Se pregunta al alumno/a por algunos cuentos tradicionales de los que conozca perfectamente su historia y a continuación, el maestro/a proyecta en la pizarra digital una serie de personajes con el título del cuento en la parte superior de la pantalla. La idea es que, el alumno/a detecte quién es el intruso, o dicho de otra forma quién no aparece en la historia.</p> <p>Actividad 2.</p> <p>Aprovechando la temática de los cuentos tradicionales, se anima al alumno/a a darle la vuelta a una de las historias, es decir, a tratar de contarla como no sucede en realidad añadiendo disparates.</p>
Evaluación
Se utiliza una rúbrica con una serie de ítems específicos en base a las actividades (reconoce los intrusos) y al nivel de expresión oral (pronunciación, ritmo y entonación;

organización de las ideas; vocabulario empleado; originalidad, confianza en las ideas expuestas...).

Tabla 8. Sesión 7

4.5.8 Sesión 8: Pon en marcha las habilidades sociales

Breve introducción
Se trabaja con el alumno/a la identificación, asociación y generalización de las HH.SS.
Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> - Reforzar las habilidades sociales del alumno/a para que establezca relaciones socioafectivas plenas. - Generar valores y actitudes de responsabilidad y compromiso en el alumno/a. - Entrenar la atención a través de diferentes estrategias o recursos visuales y auditivos para que el alumno/a mejore en la comprensión oral y escrita. - Mejorar la atención y el autocontrol a través de actividades de expresión oral y escrita. - Favorecer que el alumno/a logre simultanear varias tareas potenciando con ello la memoria de trabajo y la capacidad de atención. - Conseguir que el alumno/a demuestre una mayor flexibilidad cognitiva.
Contenidos
<ul style="list-style-type: none"> - Comprensión de diversos tipos de textos. - Lectura de distintos tipos de texto: narrativos, descriptivos y literarios. - Expresión de ideas, sentimientos, experiencias y opiniones
Actividades
<p>Actividad 1.</p> <p>Se entrega al alumno/o una hoja con 6 situaciones que requieren la utilización de habilidades sociales, para que las lea mientras el maestro/a reparte por la mesa de trabajo pequeñas tarjetas con el nombre y la breve explicación de cada una de las HH.SS. La idea es que, una vez leídas todas las situaciones el alumno/o asocie la tarjeta correcta a cada situación.</p> <p>Actividad 2.</p>

<p>Una vez trabajadas algunas de las habilidades sociales, se propone al alumno/a escribir algún ejemplo/experiencia donde crea que deben utilizarse dichas HH.SS. Se puede simular alguna situación con el alumno/a para que aprenda las normas y estrategias del intercambio comunicativo.</p>
<p>Evaluación</p>
<p>Se utiliza una rúbrica con una serie de ítems específicos en base a las actividades (reconoce las habilidades sociales básicas y las más complejas; asocia la tarjeta correcta a cada situación; reproduce ejemplos reales sobre el uso de habilidades sociales...) y al nivel de expresión escrita (organización y coherencia entre las ideas; uso de las reglas y normas ortográficas; vocabulario empleado; caligrafía, orden y presentación).</p> <p>En el caso de la práctica del intercambio comunicativo en la representación de las situaciones, se utiliza una tarjeta verde cuando el alumno/a utilice correctamente las normas y una tarjeta roja cuando no. Estas tarjetas pueden ser utilizadas para controlar la aplicación correcta de las HH. SS de forma generalizada, y no solo en la sesión.</p>

Tabla 9. Sesión 8

*Recomendaciones a tener en cuenta:

- Realización de rutinas (exposición de noticias, debates, horario del día, supervisión de las tareas y responsabilidades, control de la agenda...).
- Exponer en clase un horario y calendario visible.
- Utilizar técnicas de refuerzo positivo (emitir palabras motivantes antes de iniciar/terminar).
- Situar al alumno/a cerca del maestro/a y lejos de las ventanas o puertas para reconducir mejor su atención además de, tratar de hacer que mantenga únicamente los materiales necesarios sobre la mesa de trabajo.
- Dosificar las tareas para evitar la concentración de información. Además de, ampliar los tiempos para la realización de estas.
- Leer en voz alta las instrucciones o resaltar en color aquello más importante para facilitar la comprensión de la tarea.
- Recomendar la realización de actividades deportivas para favorecer su entrenamiento en funciones (ir al colegio a pie, actividades extraescolares deportivas, reducción del tiempo frente a las pantallas...)
- Mantener el contacto con la familia de forma regular

- Aplicar técnicas de estudio (lluvia de ideas, mapas conceptuales, infografías, posters...) y buscar un único horario y lugar para el estudio respetando los descansos.
- Utilizar planificadores semanales para la realización de las tareas.
- Organizar la agenda en diferentes apartados y las asignaturas y el material por colores. En el caso de la mochila, hacerla justo después de terminar la tarea comprobando el horario de clase. Al principio es bueno que algún adulto lo supervise.

5. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Una vez puesto en práctica el programa de intervención, hay que hacer una evaluación global de todo el proceso, es decir, desde el punto de partida del alumno/a hasta lo que ha sido capaz de aprender, para valorar si los resultados obtenidos han alcanzado las expectativas o son necesarias propuestas de mejora.

Para ello, es tarea imprescindible evaluar tanto la labor del docente como la del alumno/a. El docente, se encarga de recoger los resultados del alumno/a de cada sesión a través de una hoja de registro donde se indica el nivel de atención, cuál ha sido su punto fuerte/débil, y el interés y motivación hacia las actividades. Pero, también debe encargarse de autoevaluarse de manera crítica, por ejemplo, a través de la grabación de algunas sesiones con las que analizar después su modo de intervención y el cumplimiento de los objetivos dejando anotado en un cuadro de evidencias cómo ha sido la experiencia real en relación a la experiencia ideal (qué trabajar, cómo hacerlo y para qué).

En el caso del alumno/a también debe autoevaluarse, cómo ha sido su actitud hacia el aprendizaje describiendo sus fortalezas y oportunidades de mejora y, por el contrario, sus dificultades y amenazas externas que dificultan su tarea.

6. CONCLUSIÓN

Tras la elaboración del presente trabajo, el equipo docente puede contar con la información necesaria para comprender el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y poder intervenir acorde a sus características y necesidades. Un proceso exhaustivo de búsqueda y análisis que, sin duda lleva a entender mejor la realidad de este tipo de alumnado, a reconsiderar las carencias del sistema educativo

y, por tanto, a conseguir herramientas que mejoren su proceso de enseñanza/aprendizaje.

El TDAH es un trastorno neurobiológico cada vez más común entre los estudiantes. Arrastra un “cajón de sensibilidades” que pueden presentarse de forma distinta, pero que afectan en todos los casos a la vida de la persona, sobre todo si no se cuenta con la información necesaria para aprender a gestionar dicho cajón, aun teniéndola al alcance.

Más allá de la justificación de un diagnóstico que subraya las dificultades del alumno/a, existen cantidad de recursos educativos que deben ser utilizados, no solo para mejorar la conducta del alumnado con TDAH, sino también su autoestima. Aunque parezca una tarea tediosa controlar el comportamiento y en general, hacer que el alumno/a aprenda a desenvolverse en su día a día, solo con establecer las redes de comunicación y apoyo necesarias entre los especialistas y los principales agentes implicados, como son la familia y la escuela, se pueden lograr grandes resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (APA) (1984). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III)*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (APA) (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*. Madrid: Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association. (1952). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-I)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (1968). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-II)*. Washington, DC: APA
- Arándiga, A. V. (1996). *Guía de actividades de recuperación y apoyo educativo: dificultades de aprendizaje*. Valencia: CISSPRAXIS.
- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75, 43-88.
- Carriedo, A. (2014). Beneficios de la Educación Física en alumnos diagnosticados con Trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad (TDAH). *Journal of Sport and Health Research*, 6(1), 47-60.

- Cobo, R. (2012). Fundación CADAH. Recuperado el 4 marzo 2019, de <https://www.fundacioncadah.org/web/>
- DECRETO 103/2014, de 10 de junio, de Educación. Diario Oficial de Extremadura, 16 de junio de 2014, núm.114.
- FEAFES CALMA (2014). Conociendo el TDAH. *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Guía práctica dirigida a familiares y profesionales*. Mérida: Asociación FEAFES CALMA.
- Ferrer, A. T. (2011). Políticas de formación del profesorado y mejora de los sistemas educativos: algunas reflexiones a partir de la experiencia española. *Revista Fuentes, 11*, 13-27.
- Fontana, M., & Ávila, Z. (2015). Eficacia de un programa conjunto de desarrollo de la inteligencia emocional para padres e hijos con TDAH. *Perspectiva Educacional, 54* (2), 20-40.
- Frutos, M. T. M., Herrera-Gutiérrez, E., & Egea, C. P. (2014). Los conocimientos del profesorado sobre TDAH y su relación con el rendimiento del alumnado. En J. Maquilón & N. Orcajada (Eds.), *Investigación e innovación en formación del profesorado* (pp. 369-380). Universidad de Murcia.
- González, F. M., Veloz, J. F., Rodríguez, I. A., Velos Ortiz, L. F., Guardián, B. & Ballester, A. (2013). Los modelos de conocimiento como agentes de aprendizaje significativo y de creación de conocimiento. *Revista Teoría de la Educación: Educación y Cultura en la Sociedad de la Información. 14*(2), 107-131.
- González, M. I. N y Villamisar-García, D. A. G. (2010). El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica. *Revista de historia de la psicología, 31*(4), 27-31.
- Guerrero, R. (2016). El TDAH en las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales. En R. Guerrero (Ed.), *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad* (pp. 39-44). Barcelona: Planeta.
- Hernández, M., Pastor, N. Pastor, X. Boix, C. & Sans, A. (2017). Calidad de vida en niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH). *Pediatría Atención Primaria, 19*(73), 31-39.
- Hervás, A & Durán, O. (2014). El TDAH y su comorbilidad. *Pediatría Integral, XVIII* (9), 643-654.

- Hidalgo, M.I & Sánchez, L. (2012). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Manifestaciones clínicas y evolución. Diagnóstico desde la evidencia científica. *Pediatría Integral*, XVIII (9), 609-623.
- Hidalgo, M.I. (2012). Situación en España del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Pediatría Integral*, XVIII (9), 595-597.
- Jarque, S., & Tárraga, R., & Miranda, A. (2007). Conocimientos, concepciones erróneas y lagunas de los maestros sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicothema*, 19(4), 585-590.
- López, D. Martín, C. Hernández, J.P. Rodríguez, P.J. (2016). Evolución histórica del concepto del Trastorno por Déficit de Atención. *Revista de las Sociedades Canarias Pediátrica*, 40(1), 43-46.
- López, S. T., Calvo, J. V. P., & Menéndez, M. D. C. R. (2008). Estilos educativos parentales: revisión bibliográfica y reformulación teórica. *Teoría de la educación. Revista interuniversitaria*, 20, 151-178.
- Malagón, C. N., Giraldo, J. C., & Posada, N. H. (2016). Estrategias neuropsicopedagógicas para niños y niñas con bajo rendimiento académico asociado a TDAH. *EN-Clave Social*, 4(2), 26-38.
- Martos, J. A. F. (2016). Nuevas definiciones de evidencia. Narrativas de TDAH y TLP desde la perspectiva de la antropología de las emociones. *Revista San Gregorio*, 13, 58-69.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_477_TDAH_AIAQS_compl.pdf
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2017). *Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad e Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Recuperado de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_574_TDAH_IACS_compl.pdf
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Méditor.

- Pascual-Castroviejo, I. (2008). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Asociación Española de Pediatría y Sociedad Española de Neurología Pediátrica. Protocolos de Neurología*, 12, 140-150.
- Pérez, G., y Gutiérrez, C. (2016). Maestros y padres: Una alianza terapéutica para el alumno con TDAH. Propuesta de una intervención colaborativa. *Educación y Futuro. Revista de investigación aplicada y experiencias educativas*, 34, 55-76.
- Quintero, J & Castaño de la Mota, C. 2014. Introducción y etiopatogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Pediatría Integral*, XVIII (9), 600-608.
- Ramos, C. (2016). La cara oculta del TDAH. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 6(1), 226-253.
- Ríos-Flórez, J. A., & López-Gutiérrez, C. R. (2018). El rol de la neuropsicología y la interdisciplinariedad en la etiología y neurofuncionalidad del Déficit de Atención e Hiperactividad. *Psicoespacios*, 12 (20), 73-93.
- Rubiales, J., Bakker, L., & Mejía, I. D. D. (2011). Organización y planificación en niños con TDAH: evaluación y propuesta de un programa de estimulación. *Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology*, 5(2), 145-161.
- Sarli, R. R., González, S. I., & Ayres, N. (2015). Análisis FODA. Una herramienta necesaria. *Revista de la Facultad de Odontología*, 9(1), 17-20.
- Servera, M. (2012). Actualización del Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en niños. *Formación Continuada a Distancia en Psicología (FOCAD). Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos*, 19, 1-29.

ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO

1. ¿En qué crees que eres bueno?

2. ¿Qué te gusta hacer en tu tiempo libre?

3. ¿Qué tipo de música te gusta?

4. ¿Qué es lo que más te gusta de tu rutina? ¿Y lo que menos?

5. ¿A quién te gustaría parecerte?

6. ¿Qué meta te gustaría conseguir?

ANEXO 2. CONTRATO

CONTRATO

FECHA:

ESTE CONTRATO ES ENTRE:

COMPROMISOS PERSONALES

COMPROMISOS DEL MAESTRO/A

COMPROMISOS DE LA FAMILIA

FIRMAS:

TRUCOS PARA HACER CORRECTAMENTE UNA ACTIVIDAD ⚡

PREGUNTARSE: ¿QUÉ HAY QUE HACER?

1

Lee el enunciado de la actividad 2 veces

En la segunda lectura, subraya con color los verbos que indican lo que hay que hacer para centrarnos en lo importante

PREGUNTARSE: ¿CÓMO HAY QUE HACERLO?

Prepara el material que vayas a necesitar

Antes de empezar párate a pensar en las diferentes respuestas o formas de hacerlo

Si tienes que hacer más de una actividad, empieza por la de dificultad media, continua con la de dificultad alta, y termina con la de dificultad baja

Had un repaso para comprobar si hay algún error o falta algo

No te olvides de recoger el material que has utilizado

PREGUNTARSE: ¿CÓMO ME HA SALIDO?

3

Si me ha salido bien, ¡me felicito!

Y si me salido mal... me pregunto de nuevo: ¿cuál ha sido el error? para anotarlo y evitar repetirlo la próxima vez

ANEXO 4. NUBE DE PALABRAS


1. Encuentra el **SUPERCONCEPTO** que da nombre al resto de palabras.



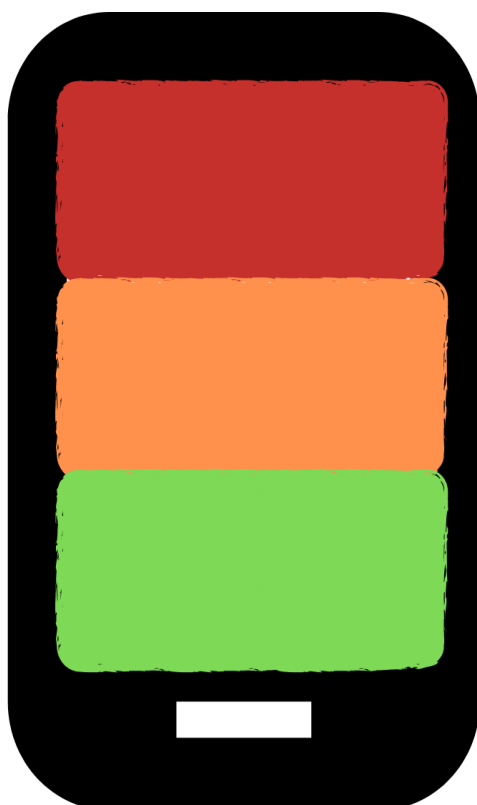
2. Ahora, crea tu propia nube de palabras añadiendo nuevas palabras que conozcas sobre el mismo tema. Puedes darle forma a todo el conjunto de palabras.




ANEXO 5. RÚBRICA DE EVALUACIÓN

RÚBRICA DE EVALUACIÓN 		SESIÓN:	
	BAJO	INTERMEDIO	ALTO
Nivel de atención			
Interés/Motivación			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN			

ANEXO 6. EVALUACIÓN NIVEL DE ATENCIÓN



ANEXO 7. HOJA DE REGISTRO

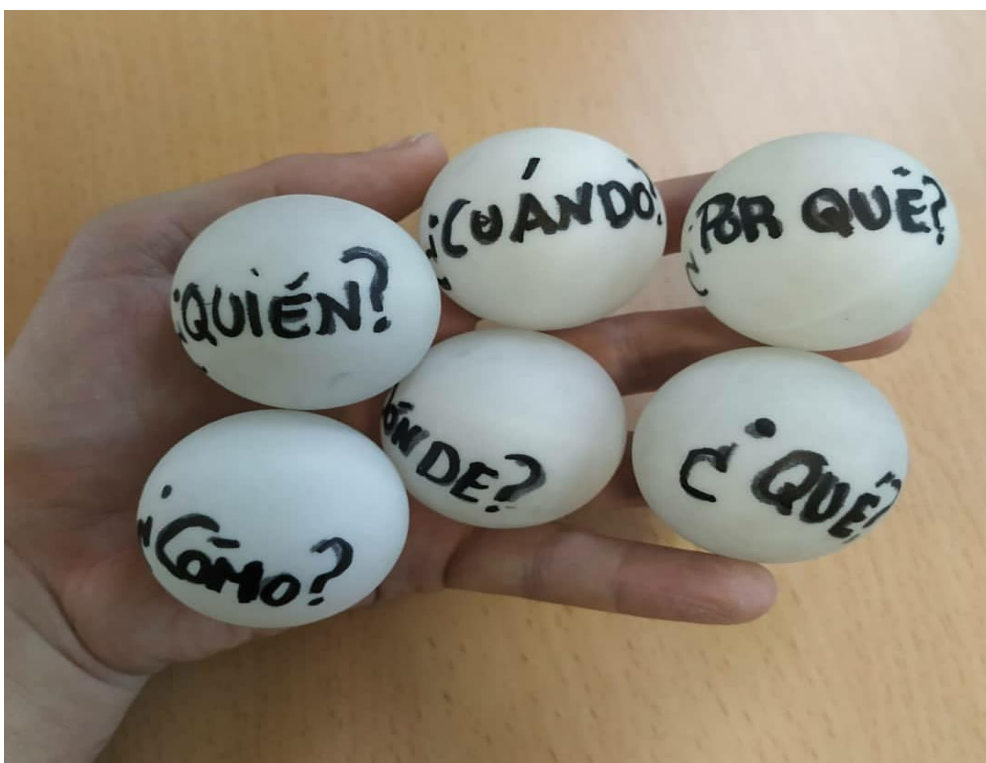
HOJA DE REGISTRO				SESIÓN:
	BAJO	INTERMEDIO	ALTO	
Nivel de atención				
Interés/motivación				
PUNTOS FUERTES				
PUNTOS DÉBILES				



ANEXO 9. RECORTABLES CON FORMA DE NUBES



ANEXO 9. PELOTAS PREGUNTONAS





TRUCOS

PARA MEJORAR CUANDO

HABLO Y ESCRIBO



PREGUNTARSE:

¿DE QUÉ QUIERO HABLAR?



ORDENA LAS IDEAS

SECUENCIA TEMPORAL, PRESENTACIÓN,
CONTENIDO Y FORMA...



RESUME

CLARO Y CONCISO. MÁS VALE UNA FRASE
BIEN HECHA QUE 10 MAL.



REPASA

NORMAS DE ORTOGRAFÍA Y SIGNOS DE
PUNTUACIÓN AL ESCRIBIR

 **¿Qué son las habilidades sociales?**

Son un conjunto de herramientas que nos ayudan a resolver una situación, a mejorar nuestras relaciones con los demás, a sentirnos mejor expresando nuestros sentimientos, a conseguir lo que queremos, a decir lo que pensamos... mejorando nuestra comunicación con los demás.

1. Lee las siguientes situaciones y asocia cada tarjeta a la situación correcta teniendo en cuenta la definición.

- Un amigo/a te cuenta como lo ha pasado el fin de semana en el zoo de Madrid
- Tu mamá te ha comprado las zapatillas que deseabas por tus buenas notas
- Se te ha roto tu cromó favorito de la colección y, aunque ha sido inevitable llorar... has conseguido calmarte cuando tu prima se ha acertado a escucharte.
- Tienes que hacer un trabajo de ciencias con tus compañeros/as, y estáis decidiendo qué fotografías vais a poner en el mural entonces, tu propones la idea de fotografiar los animales de la granja de tu abuelo.
- Un compañero/a de clase no ha sido elegido en el equipo de fútbol para echar un partido sabiendo que a nadie le gusta quedarse sin jugar en el recreo.
- Tu maestra ha querido dejar tiempo libre en clase para jugar, pero antes ha mandado hacer una ficha.

ANEXO 12. TARJETAS HH. SS

Tiempos de espera: capacidad para esperar algo con paciencia evitando estallar antes de tiempo, antes de que eso pase hay que tomar aire unos minutos.

Empatía: capacidad para saber lo que siente otra persona si tu estuvieras en su situación

Dar tu opinión: capacidad para dar tu opinión respetando siempre la opinión de otras personas

Control de las emociones: capacidad para expresar sentimientos o emociones de manera correcta, ya sean en positivo o negativo.

Dar las gracias: capacidad de agradecer un regalo o un gesto de afecto por parte de una persona

Escucha activa: capacidad para escuchar lo que dice otra persona transmitiéndole que hemos entendido su mensaje. Muchas veces pensamos más en lo que queremos decir, que en lo que la otra persona nos cuenta.

ANEXO 13. FICHA HH. SS 2

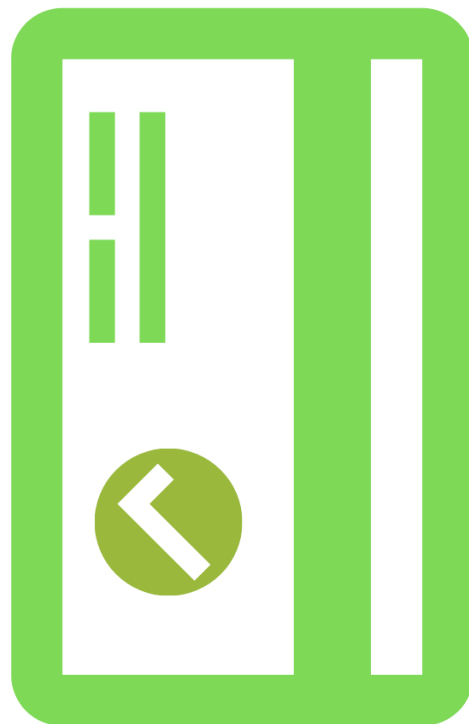
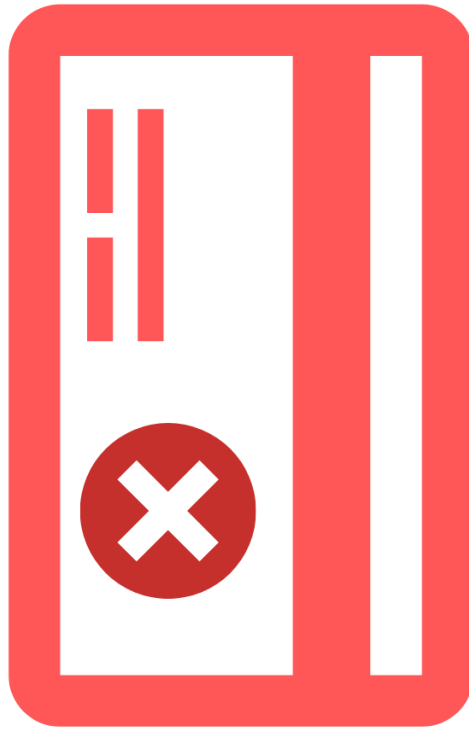
- 1. Ahora, pon algún ejemplo o cuenta alguna experiencia que hayas tenido donde se usen 3 de las 6 habilidades sociales.**

Empatía:

Tiempos de espera:

Dar las gracias:

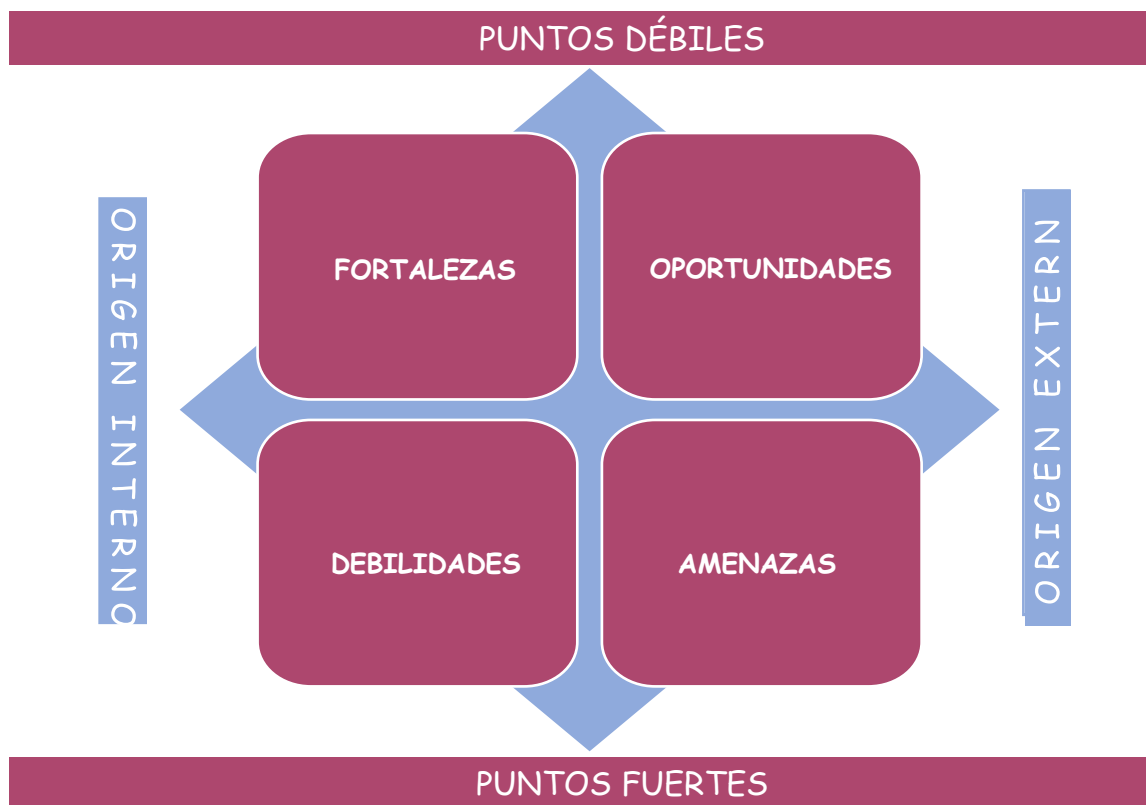
ANEXO 14. TARJETAS ROJA Y VERDE



ANEXO 15. AUTOEVALUACIÓN DOCENTE

PREGUNTAS	DESCRIPCIÓN	EVIDENCIA IDEAL	EVIDENCIA REAL
QUÉ	Elegir los objetivos teniendo en cuenta: el nivel curricular del alumno/a y sus características y/o necesidades.	Los objetivos que se pretenden alcanzar con el programa de intervención son: mejorar la atención, memoria de trabajo, autocontrol y desarrollo de las habilidades sociales.	
CÓMO	Elegir los recursos necesarios para entrenar las habilidades carentes en el alumno/a. Además de, proponer recomendaciones para trabajar con el alumno/a fuera del tiempo de ayuda especializada, como es en el aula ordinaria y en casa.	El especialista se encarga de llevar a cabo el programa de intervención tratando de implicar al alumno/a en la consecución de los objetivos a través de diferentes herramientas que potencien la expresión y comprensión de las ideas para conseguir un proceso de E/A significativo y capaz de lograr el cambio.	
PARA QUÉ	El programa de intervención debe tener una clara finalidad.	El docente pretende evitar que el fracaso escolar defina al alumno/a con TDAH y establecer redes de comunicación y apoyo entre la familia y la escuela con el fin de brindar oportunidades y experiencias al alumno/a y a su entorno más cercano, que le enseñen a convivir en sociedad.	

ANEXO 16. AUTOEVALUACIÓN ALUMNO



FORTALEZAS

OPORTUNIDADES

DEBILIDADES

AMENAZAS
