



Máster Universitario Psicopedagogía 2017/18.

Universidad de Valladolid
Facultad de Educación y Trabajo Social

TRABAJO FIN DE MÁSTER

ESTIMULACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES EN PERSONAS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH): PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Alumna: Sara Fernández Labajo

Tutor: Dr. Jesús Javier Catalina Sancho

RESUMEN

El principal objetivo de este Trabajo de Fin de Máster es el de realizar una propuesta de intervención para niños de primaria con trastorno por déficit de atención con hiperactividad vinculándola al trabajo de las habilidades sociales para un mejor desarrollo social, cognitivo y conductual.

Este proyecto sigue una metodología basada en la normativa que veremos más adelante, estructurada en bloques de contenido para una mejor aplicación de la intervención y con un carácter lúdico para que los niños integren mejor los contenidos propuestos y en consecuencia alcancen íntegramente los objetivos para lograr la finalidad del diseño de la propuesta de intervención: un mejor desarrollo en el niño a lo largo de su crecimiento y una mejor calidad de vida.

PALABRAS CLAVE

Déficit de atención, impulsividad, hiperactividad, intervención psicopedagógica, habilidades sociales, psicopedagogía.

ABSTRACT

The main objective of this Master's Thesis is to carry out an intervention proposal for primary school children with attention deficit hyperactivity disorder linked to the work of social skills for a better social, cognitive and behavioral development.

This project follows a methodology based on the rules that we will see later, structured in blocks of content for a better application of the intervention and with a playful character so that children better integrate the proposed contents and consequently achieve the objectives in order to achieve purpose of the design of the intervention proposal: a better development in the child throughout its growth and a better quality of life.

KEY-WORDS

Attention deficit, impulsivity, hyperactivity, psychopedagogical intervention, social skills, psychopedagogy.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	6
2.	OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
3.	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y CONCEPTUAL	7
3.1.	CONCEPTUALIZACIÓN ¿QUÉ ES EL TDAH?	7
3.2.	RESEÑA HISTÓRICA.....	9
3.3.	ETIOLOGÍA DEL TDAH.....	10
3.4.	DESARROLLO EVOLUTIVO DEL TDAH	11
3.5.	CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.....	12
3.6.	FASES DEL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN CON NIÑOS CON TDAH	17
3.7.	TRASTORNOS COMÓRBIDOS MÁS FRECUENTES EN EL TDAH	19
3.8.	OPORTUNIDADES PARA MEJORAR EL RECONOCIMIENTO Y MANEJO DEL TDAH 20	
3.9.	EVALUACIÓN.....	21
3.10.	TRATAMIENTOS	22
3.11.	JUSTIFICACIÓN DE LA IMPORTANCIA DE LAS HABILIDADES SOCIALES EN NIÑOS Y NIÑAS CON TDAH	26
3.12.	ANÁLISIS DE CÓMO SE CONTEMPLA LA ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD EN LA NORMATIVA EDUCATIVA	27
4.	PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	32
4.1.	INTRODUCCIÓN.....	32
4.2.	CONTEXTO	33
4.3.	DESTINATARIOS.....	33
4.4.	OBJETIVOS GENERALES	33
4.5.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	34
4.6.	CONTENIDOS	36
4.7.	METODOLOGÍA.....	37

4.8	ACTIVIDADES	38
4.9	RECURSOS.....	55
4.10	TEMPORALIZACIÓN.....	55
4.11	EVALUACIÓN.....	56
4.12	REFLEXIÓN Y CONCLUSIONES	59
5.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
6.	ANEXOS	66
6.1	DETECCIÓN TEMPRANA DE TDAH.....	67
6.2	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	68
6.3	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA.....	69
6.4	DETECCIÓN TEMPRANA DE TDAH.....	70
6.5	INFORME DE DERIVACIÓN, DE POSIBLE ALUMNO CON TDAH, DEL ORIENTADOR EDUCATIVO PARA EL SERVICIO SANITARIO.....	72
6.6	SOLICITUD DE INFORMACIÓN A SERVICIOS EDUCATIVOS	74
6.7	INFORME DE POSIBLE PACIENTE CON TDAH, DEL CENTRO DE SALUD PARA LOS SERVICIOS EDUCATIVOS	75
6.8	INFORME, DE POSIBLE PACIENTE CON TDAH, DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL PARA LOS SERVICIOS EDUCATIVOS.....	77
6.9	AUTORIZACIÓN TRASPASO DE INFORMACIÓN A SERVICIOS SANITARIOS/EDUCATIVOS	79
6.10	ESCALA PARA EVALUACIÓN DEL TDAH - EDAH.....	80
6.11	ASOCIACIONES DE AFECTADOS POR TDAH CASTILLA Y LEÓN	81

Encontraremos piedras en el camino,
pero compartir el mundo de los niños
nos ayuda a entender que nada es imposible
(Bona García, 2015)

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Este TFM Universitario de Psicopedagogía pretende mostrar a sus lectores que es posible el desarrollo de las Habilidades Sociales con niños que poseen Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (en adelante TDAH), aunque a veces parezca un reto complicado, dependiendo del grado que posea el niño o niña.

Personalmente me he decidido a plantear esta temática ya que mis prácticas del Máster tuvieron lugar en la *Fundación de Ayuda a la Infancia de Castilla y León* (en adelante Fundaicyl), y pude comprobar cómo es la atención educativa que se presta a niños con TDAH, y qué oportunidades de desarrollo personal poseen si trabajamos con ellos las Habilidades Sociales. Éstas son fundamentales para todo tipo de personas y en todas las edades ya que son las herramientas de comunicación y relación con los demás, verbal y no verbalmente, y están directamente asociadas con nuestra autoestima, característica vital para el buen desarrollo en nuestras vidas. Por ello es indiscutible la necesidad de trabajar estas habilidades con personas con TDAH, en concreto con niños y, más específicamente, con 5º y 6º de primaria que es cuando realmente un niño con este trastorno ya está correctamente diagnosticado y necesita apoyo en esta área de la vida. Todo esto supone un reto tanto para las familias como para sus educadores ya que, a causa de su falta de atención, hiperactividad e impulsividad se hacen necesarias las Habilidades Sociales, el aprendizaje de diferentes estrategias y recursos para mejorar su calidad de vida. Gracias a ello, estos niños podrán tener un mejor desarrollo social y por tanto ser más felices.

En este trabajo se ofrece al lector el desarrollo de un programa específico para trabajar las Habilidades Sociales, para llegar a unos objetivos determinados a través de unos contenidos y el desarrollo de unas actividades, con una temática variada para que el alumno integre a la perfección y de forma progresiva cada tipo de habilidad social descrita en el programa.

La información descrita en este TFM es fruto de una investigación y trabajo consciente, mezcla de la consulta de diferentes documentos actualizados sobre los temas relativos a este trabajo y el aporte de la opinión personal de la autora del TFM.

Por lo tanto, el lector encontrará dos partes diferenciadas, una que incide en el desarrollo de la parte más teórica del trabajo y otra referida a la parte más práctica donde se encuentra el desarrollo de una posible intervención psicopedagógica en un centro que más adelante se menciona.

Lo novedoso de este proyecto es el desarrollo de un programa específico para niños de Primaria con TDAH, haciendo hincapié en diferentes habilidades sociales y su trabajo desde varias perspectivas y dimensiones para que el niño pueda integrarlas de manera satisfactoria, motivadora y de una forma amena.

2. OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Este trabajo persigue el siguiente **objetivo general**: diseñar una propuesta de intervención para estimular el desarrollo de las habilidades sociales en niños con TDAH.

Además, persigue los siguientes **objetivos específicos**:

- a. Revisar bibliografía actualizada sobre TDAH para conocer las aportaciones de las últimas investigaciones sobre este trastorno.
- b. Analizar las características básicas de la personalidad y desarrollo evolutivo del TDAH.
- c. Valorar la relevancia de las habilidades sociales en el proceso educativo de niños con TDAH
- d. Integrar las habilidades sociales en el desarrollo diario de niños con TDAH.

3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y CONCEPTUAL

3.1. CONCEPTUALIZACIÓN ¿QUÉ ES EL TDAH?

El TDAH o Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es un trastorno del neurodesarrollo de carácter crónico, sintomáticamente evolutivo y de probable transmisión genética que afecta entre un 5% y un 7% de la población infantil, llegando incluso a la edad adulta en un 60% de los casos (Manual DSM-V, 2013). Está caracterizado por una dificultad de mantener la atención voluntaria frente a actividades, tanto académicas como cotidianas y unida a la falta de control de impulsos. La sintomatología puede manifestarse de forma diferente según la edad del niño y se debe desarrollar como mínimo en dos o más ambientes (ej. en casa y en el colegio), según los manuales de diagnóstico.

Son muchos los conceptos que se dan relacionados con este trastorno, en este TFM hemos querido recopilar los más relevantes, centrándonos entre varios aspectos en las fuentes más actualizadas ya que si

tratamos la temática de los trastornos podemos comprobar que está en constante actualización, por lo tanto, hay que estar revisando constantemente los avances que se dan con respecto al tema a tratar.

Según Garrido-Landivar (2017), este trastorno que comúnmente lo denominamos hiperactividad es el **Síndrome Hiperkinético** (SH), es un cuadro psiconeurológico y/o genético, que tiene implicaciones leves, moderadas o severas en el desarrollo de la persona, tanto en sus aprendizajes en toda la vida, como en su conducta a lo largo de su evolución, por lo que este trastorno, con lo que hoy sabemos, es un trastorno crónico. Según este autor, se nos abren dos líneas de investigación:

- *Línea de investigación clínico-médica:* donde el cuadro TDAH tiene una base cerebral. Hay una conexión entre áreas cerebrales que influyen en nuestra motivación, además de un complejo estructural que nos ayudan a autorregular el comportamiento, tomar decisiones correctas y acordes al momento y edad. Todo esto con ayuda de la memoria de trabajo (memoria a corto plazo) y con el control de las conductas o de las fugas de pensamiento. Además de poder actuar con metas a largo plazo y con recompensas no inmediatas.
- *Línea de investigación con base más psicológico-educativa:* El TDAH es un trastorno o disfunción, alteración o perturbación cognitiva, un “cambio o alteración” en un orden que cabría esperar en el desarrollo de un niño a nivel cognitivo y que tendrá sus manifestaciones en el aprendizaje, en la respuesta emocional y en la conducta, siéndole difícil superar determinadas frustraciones. En concepto de salud, podemos hablar de un trastorno o desequilibrio en el que están implicados muchos factores cognitivos y conductuales. En este camino de investigación psicológico-educativo o cognitivo, empezaron a tener una importancia relevante los procesos psicológicos básicos: percepción, memoria, atención, etc.

Según Fundació Sant Joan de Déu (2010), El TDAH es un trastorno de origen neurobiológico que se inicia en la edad infantil y que afecta entre un 3-7% de los niños en edad escolar. Se caracteriza por un nivel de impulsividad, actividad y atención no adecuados a la edad de desarrollo. Muchos niños y adolescentes con TDAH tienen dificultades para regular su comportamiento y ajustarse a las normas esperadas para su edad y, como consecuencia, presentan dificultades de adaptación en su entorno familiar, escolar y en las relaciones con sus iguales. A menudo rinden por debajo de sus capacidades y pueden presentar trastornos emocionales y del comportamiento.

3.2. RESEÑA HISTÓRICA

Aunque parece que desde hace no muchos años es cuando se viene escuchando más el término de TDAH, realmente, este trastorno tiene mucha historia atrás y para poder comprenderlo y realizar un correcto recorrido y una aproximación histórica en la descripción y concepto de TDAH, nos guiaremos por Lecumberri Urabayen (2016).

Esta autora comenta que se inicia con Hoffman en 1844, un médico que narra parte de los síntomas, en un cuento, donde su protagonista Phil, un niño inquieto, se movía constantemente; asociaba hiperactividad al exceso de movimiento y a bajo rendimiento, lo que hace suponer que había deficiencia en la atención y control de impulsos.

La misma autora nos sigue contando la trayectoria, narra que, en 1987, Bourneville describe a los *Niños Inestables*, como personas con inquietudes físicas y psíquicas excesivas, además de un leve retraso mental y un comportamiento destructivo. Y que, en 1902, el pediatra inglés Still describe esta patología asociando a ésta conductas impulsivas y agresivas, sumándole la falta de atención y problemas conductuales, que llamó *Defectos de control moral*, niños inquietos, violentos, revoltosos... La autora comenta que además en estudios realizados en la primera parte del siglo XX, aparecen teorías sobre las causas, incluso que Hohmann en 1922 comentó que es secuela de una encefalitis. Sigue argumentado que en 1931 Shilder indica la relación existente con el sufrimiento fetal, la cual se mantiene hasta la fecha actual, 2018. Amplia que en 1934 Khan y Cohen hablan de una posible secuela de una lesión cerebral y proponen el término de *Síndrome de lesión cerebral humana*. Y por último señalamos de esta autora que, en los años 60, investigadores se dan cuenta de que los niños hiperactivos no mostraban lesión cerebral, por ello se sustituye el término dicho anteriormente se sustituye por *Daño cerebral mínimo* o *Disfunción Cerebral* por Clements y Peters en 1962. Por lo que se descubre que la causa no era una lesión cerebral sino de origen funcional, además, se empieza a ver una sintomatología más clara del término: trastornos de la conducta motora, hiperactividad, trastornos de la conducta motora, hiperactividad, trastorno de atención, impulsividad, déficit de memoria, alteración de la coordinación, deterioro perceptivo, trastorno del lenguaje y audición, problemas en las relaciones interpersonales, trastornos afectivos, agresividad, etc.

En 1968 se publica el *Manual de diagnóstico y estadística de enfermedades mentales* DSM II, por la Asociación Americana de Psiquiatría, llamado *Reacción hiperkinética de la infancia*. En este manual se fueron variando algunos criterios del y nació el DSM III en el 1980, cambiándose el término por *Déficit de atención con y sin hiperactividad*. En los años 80-90, se realizan diversos estudios e investigaciones, configurando de nuevo con ellos criterios diagnósticos de los sistemas actuales de clasificación internacional, aquí se introducen los tres subtipos y aparece para esta clasificación el *Manual de diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (DSM-IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) en 1994, de la Asociación Americana de Psiquiatría

(American Psychiatric Association, APA). En el año 2002, se edita en España el texto revisado de dicho manual: DSM-IV-TR por la Editorial Masson. Y el elaborado por la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS), Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales (CIE-10) 1992 (con la décima revisión actualizada y en la que nos vamos a basar en este TFM en diciembre de 2015) El origen de la última versión del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), el DSM-V, se remonta a mayo de 2013 en el *Congreso Anual de la APA* (Asociación Americana de Psiquiatría) en San Francisco, USA. La versión traducida al castellano se editó en el año 2014 por la *Editorial Médica Panamericana*; ésta última versión incluye cambios significativos con respecto a la de 1994 (DSM-IV) y la revisión de ésta en 2000 (DSM-IV-TR). Estos cambios respecto al TDAH son:

- a) Desaparece el capítulo específico de "*trastornos del niño y del adolescente*", ya que se considera que la patología psiquiátrica tiene una continuidad desde la infancia a la edad adulta.
- b) En el DSM-V se contempla el diagnóstico de TDAH en adultos incluyendo entre los criterios diagnósticos indicaciones específicas para edades adultas.
- c) Se retrasa la edad de aparición para el diagnóstico de TDAH (ahora los síntomas deben aparecer antes de los 12 años, en vez de antes de los 7 años)
- d) Los signos del trastorno pueden ser mínimos o estar ausentes cuando el individuo recibe recompensas frecuentes por comportamientos apropiados, está bajo supervisión, ante actividades especialmente interesantes, etc.
- e) Prevalencia: el TDAH ocurre en la mayoría de las culturas en aproximadamente el 5% de los niños y el 2,5% de los adultos.

3.3. ETIOLOGÍA DEL TDAH

¿Cuáles son las causas del TDAH? En la sociedad, las personas hablan sobre diferentes teorías que ellos mismos fundamentan. Algunos creen que los “culpables” son los padres, la educación que hayan dado a sus hijos en sus casas; otros piensan que es por la falta de cuidados durante el periodo de gestación; otras personas se ciñen a que la causa está en el periodo de crianza en la etapa de escolarización lo que les ha ido transformando a los niños que poseen este trastorno... Pero si ahondamos en bibliografía reciente podemos encontrar a autores como López Sánchez, Díaz Suárez, y López Sánchez, (2015) los cuales nos relatan las **causas del TDAH**, afirman que este trastorno es considerado como un síndrome en el que convergen distintos factores causales y trastornos comórbiles asociados. No obstante, las teorías que cuentan con mayor evidencia actualmente en la comunidad científica respecto a su etiología contemplan una causa genética y neurológica, es decir, plantean un origen neurofisiológico. Además, las causas son múltiples,

destacando las relacionadas con la herencia y las asociadas a diversas complicaciones prenatales y perinatales. Estos autores nos relatan que las verdaderas causas de este trastorno aún no están claras y, por tanto, lo más razonable es pensar que en algunos casos de hiperactividad predominan las causas biológicas, en otros las ambientales y, en otros, una mezcla de ambas. Las evidencias etiológicas hasta la fecha sugieren la improbabilidad de encontrar una causa única al trastorno, considerándose más bien la vía final de una serie de vulnerabilidades biológicas que interactúan entre sí y con otras variables ambientales, tanto de orden biológico como psicosocial.

3.4. DESARROLLO EVOLUTIVO DEL TDAH

Por desgracia, la vida de un niño o niña con TDAH es muchas veces difícil, ya que tienen que atravesar por etapas en las que no son integrados ni comprendidos por su entorno. Se comportan de tal manera a causa del trastorno que la sociedad lo relaciona con un pésimo comportamiento o falta de educación. También es cierto que otros muchos niños caen en manos de profesionales que desde el primer momento que detectan signos de este trastorno les apoyan constantemente, dando además pautas a la familia y escuela, a su entorno en general, para que puedan conseguir un desarrollo pleno y disfrutar de una calidad de vida como el resto de personas que no padecen TDAH.

En febrero de 2018 se celebró en el Colegio San Agustín de Valladolid una jornada de innovación educativa organizada por Fundaicyl titulada *Tu educación es mi compromiso*, en ella se ahondó sobre este trastorno y se consiguió concienciar mucho más a los asistentes. Se trató el tema de las problemáticas de estos niños y adolescentes con **TDAH a lo largo de su vida** y las etapas tan difíciles que a veces tienen que atravesar:

- a) **De 4 a 6 años:** Según la valoración de los padre y profesores, se trataría de un niño inquieto, impulsivo, con falta de atención, agresivo y desobediente. Con frecuencia está distraído, no parece escuchar cuando se le habla, no sabe jugar sólo y las relaciones con sus compañeros se caracterizan por las peleas y discusiones. Por otro lado, tienden a apartarse con los juguetes que son más novedosos para ellos, manipulándolos hasta que se cansan y los dejan destrozados. No admiten perder ni son capaces de seguir las reglas del juego. Esto hace que sean rechazados por sus compañeros.

- b) **De 7 a 12 años:** A esta edad su problema le hace que no sepa mantener la disciplina en clase y que tenga además dificultades con sus compañeros. Para algunos profesores pasa a ser un niño “maleducado” y un “holgazán”. Piensan que los padres tienen la culpa de su comportamiento, por lo que dificulta la relación familia-colegio. Esto a su vez incrementa la conducta hiperactiva en el niño. Algunos profesores, pensando que es un problema de inmadurez, aconsejan a los padres que repita curso. Como es bien sabido esto no soluciona nada. La mayoría de los compañeros lo rechazan por sus difíciles actitudes (impulsividad, agresividad...) En otras cosas sucede lo contrario, pasa a ser el líder de la clase ya que sus actitudes pasan a ser vistas como hazañas y son divertidas para ellos. A esta edad, por su impulsividad, pueden cometer hurtos. Todo esto genera en el niño sentimientos de insatisfacción, inseguridad y fracaso, por lo que provoca un daño en su autoestima y autoconcepto y mienten para ganar la aprobación de los demás. A partir de los 7 años esto puede derivar en síntomas de depresión, consecuencia a su dificultad para adaptarse al entorno. Su conducta disruptiva se agrava a partir de los 7 años, sus intereses cambian y todo se hace más complejo.
- c) **Adolescencia:** Para cualquier niño, la etapa de la adolescencia es una etapa difícil, por lo que para estos niños es aún más. La relación con padres y profesores empeora y se vuelve más desafiante y rebelde. El rendimiento académico disminuye y todo se refleja en una peor autoestima. Son más susceptibles a riesgos como el alcohol, la adicción, la droga, experiencias sexuales, accidentes de tráfico...

3.5. CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

La mayoría de las veces nos centramos en las características, vistas desde una perspectiva negativa. Uno de los propósitos que quiero conseguir con este TFM es una visión alternativa a la que normalmente se tiene sobre este trastorno. Ver que un niño con TDAH puede tener una vida y un desarrollo como otro cualquiera con una serie de pautas y trabajando desde temprana edad con él o ella y otro aspecto a tratar es que el TDAH tiene aspectos positivos los cuales han de ser potenciados para que en un futuro se beneficien de los mismos y destaquen positivamente por estos rasgos. Según Cobo San Miguel, R. (2006), **los niños con TDAH destacan de manera positiva en varios factores**, en este TFM destacamos los siguientes, los cuales después de que el lector los analice podrá tener otra perspectiva sobre este trastorno:

- a) Son ambiciosos.

- b) Son buenos para hablar en público y en general en las relaciones públicas.
- c) Son buenos resumiendo y sintetizando.
- d) Son buenos ante los cambios.
- e) Son grandes generadores de ideas y por ello son muy creativos.
- f) Son compasivos consigo mismos y con los demás.
- g) Son hábiles para solucionar problemas.
- h) Siempre están dispuestos a probar y aprender cosas nuevas.
- i) Siempre están dispuestos a hacer nuevos amigos y ayudarles en lo que necesiten.
- j) Siempre tienen una gran decisión.
- k) Tienen buena capacidad para enfrentarse a situaciones difíciles.
- l) Tienen gran sentido del humor.
- m) Tienen una gran memoria visual.
- n) Pueden llevar a cabo muchos proyectos al mismo tiempo.
- o) Además, su cualidad más destacada es que siempre están llenos de energía.

National Institute for Health and Care Excellence (2018) en su guía *NICE Guideline. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management*, nos afirma que un diagnóstico de TDAH solo debe ser realizado por un psiquiatra especialista, pediatra u otro profesional de la salud debidamente calificado con capacitación y experiencia en el diagnóstico de TDAH, éste realizaría una evaluación clínica y psicosocial completa de la persona: comportamiento, síntomas, vida cotidiana de la persona, historial e informes sobre el estado mental. Además, apoya que un diagnóstico de TDAH no debe hacerse únicamente sobre la base de la escala de calificación o datos de observación. Sin embargo, hay escalas que son útiles cuando hay dudas sobre síntomas. Además, como parte del proceso de diagnóstico, se ha de incluir una evaluación de las necesidades de la persona, condiciones coexistentes, sociales, familiares y educativas u ocupacionales además de salud física y también debería haber una evaluación de la salud mental de sus padres o cuidadores.

No podemos olvidarnos ni dejar de lado referencias básicas como el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - DSM-5* (American Psychiatric Association, 2014) y las pautas que nos da la *Clasificación Internacional de las Enfermedades* (Décima revisión - CIE-10) (Organización Mundial de la Salud, 2015), pero si bien es cierto que los diagnósticos precoces tienen que ir, como comentaba anteriormente, de la mano de los especialistas, tales como psiquiatra infantil, neuropediatría, neurólogo...), estos harán una evaluación inicial, exámenes físicos y diversas pruebas complementarias. En este TFM, se hace una comparativa de estas referencias para contrastar puntos en común y diferentes. Pero primero, veamos ambas referencias por separado:

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su 5ª Edición (en adelante DSM-V, 2013), tal y como se muestra en la *Figura 1*, nos da una serie de criterios, diagnósticos o parámetros para el diagnóstico del TDAH, los cuales interfieren en el desarrollo del niño.



Figura 1: Parámetros para el diagnóstico del TDAH en el DSM-V (2013)

En función de los resultados se podrán clasificar las siguientes presentaciones:

- a) Presentación combinada: Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) DURANTE los últimos 6 meses.
- b) Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el Criterio A1 pero no se cumple el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.
- c) Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

En la Clasificación Internacional de las Enfermedades , en su décima revisión (en adelante, CIE-10) (OMS, 2015), una de las peculiaridades es, que se refiere al TDAH como Trastorno Hiperkinético. Relativo a esto, los criterios diagnósticos para el trastorno hiperkinético son los que se muestran en la *Figura 2*:



Figura 2: Parámetros para el diagnóstico del TDAH en el CIE-10 (OMS, 2015)

a) Déficit de atención

1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones.
5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.
6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas como los deberes escolares, que requieren un esfuerzo mental mantenido.
7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, como material escolar, libros, etc.
8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos.
9. Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias.

b) Hiperactividad

1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies, o removiéndose en su asiento.
2. Abandona el asiento en el aula o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas.
4. Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

c) Impulsividad

1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
2. A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo.
3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros.

4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.

Establece que, para realizar el diagnóstico de TDAH, el paciente cumpla:

- a) 6 de los síntomas descritos en el apartado “Déficit de Atención”
- b) 3 de los síntomas descritos en el apartado “Hiperactividad”
- c) 1 de los síntomas descritos en el apartado “Impulsividad”

Estos síntomas deben además estar presentes antes de los 7 años y darse en dos o más aspectos de la vida del niño (escolar, familiar, social), y afectar negativamente a su calidad de vida. Tampoco se considerará el diagnóstico de Trastorno Hiperactivo si cumple los criterios de: trastorno generalizado del desarrollo, episodio depresivo o trastorno de ansiedad.

A continuación, se exponen en el *Cuadro 1* las **semejanzas y diferencias entre el DSM-V (2013) y el CIE-10 (OMS, 2015)**.

COINCIDEN	SE DIFERENCIAN	
	DSM-V (2013)	CIE-10 (OMS, 2015)
18 síntomas descritos		
presencia de síntomas durante más de 6 meses	síntomas presentes antes de los 12 años	Los síntomas deben estar presentes antes de los 7 años
los síntomas afectan a varios ámbitos de la vida	no tienen por qué darse los 3 síntomas	presentes los 3 síntomas en el paciente
debe haber un deterioro funcional causado por el trastorno	el TDAH puede coexistir con alteraciones de ansiedad y/o estados de ánimo comórbidos	otros trastornos del estado del ánimo excluidos el diagnóstico
que la sintomatología no pueda explicarse por otro trastorno		

Cuadro 1: Similitudes y diferencias entre DSM-V (2013) y CIE-10 (OMS, 2015). (Elaboración propia)

La finalidad del diagnóstico y tratamiento en atención especializada es la confirmación diagnóstica y/o seguimiento clínico del TDAH por parte del Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil de los casos que accedan a este nivel. Se recurrirá al informe de evaluación del orientador del Centro Escolar, al informe del Pediatra/M.A.P, a la entrevista con los padres y a la valoración psicopatológica del paciente y solicitud de exploraciones complementarias si precisa. El resultado de la evaluación determinará si el paciente cumple o no criterios diagnósticos para TDAH.

3.6. FASES DEL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN CON NIÑOS CON TDAH

Hay que tener muy presente la diferencia entre un niño “movido” y un niño con TDAH. Muchas familias quieren obtener cuanto antes un diagnóstico de su hijo, aun cuando estos niños son tan pequeños que no es posible realizarles uno. Por ello lo ideal es hacer bien las cosas y para ello se ha creado un **protocolo de actuación**.

Según Láz Álvarez, Requejo Gutiérrez, Silvano Toquero, y Velasco Velado, (2016), nos encontramos con 3 fases:

1. Detección temprana de TDAH

La finalidad de esta primera fase es la detección temprana de posibles menores con TDAH. Los ámbitos próximos al menor, familia, profesorado, pediatra, médico de atención primaria (en adelante, MAP) o cualquier otro miembro del centro educativo constituyen los puntos de referencia inmediata para la detección temprana. Los padres por iniciativa propia o por recomendación del pediatra, del MAP, y/o el profesor pueden poner en conocimiento del orientador del Centro Educativo las alteraciones detectadas y si lo considera necesario iniciará el procedimiento establecido en la normativa vigente.

- **Pre-evaluación**, donde el Orientador, una vez recogida la demanda, realizará una pre-evaluación del alumno/a, a través de: escalas de evaluación específica de TDAH, entrevista con la familia, entrevista con los profesores y observación del alumno/a en el aula.
- **Evaluación del Orientador Educativo**: Si del resultado de la pre-evaluación se infiere la sospecha de un posible TDAH, el orientador realizará un informe de derivación a los Servicios Sanitarios, que incluirá: el nivel de competencia curricular, la Capacidad Cognitiva, el estilo de aprendizaje, el rendimiento académico y la adaptación y relación social.
- **Informe de Derivación**: Si el resultado de la valoración previa del orientador educativo apunta a un posible TDAH, éste solicitará la autorización de la familia para realizar el traslado del informe de derivación a los Servicios Sanitarios.

- **Coordinación y Seguimiento:** El orientador que atiende al Centro Educativo, una vez confirmado el diagnóstico valorará las necesidades educativas que pueda tener el alumno y elaborará el informe psicopedagógico; propondrá la intervención educativa, estableciendo los mecanismos de coordinación con la familia y profesorado (tutorías, agenda escolar, etc.) y participará del Plan de Coordinación y Seguimiento junto a los servicios sanitarios.

2. Diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria

La finalidad de esta fase es la de realizar el diagnóstico en los casos que han sido detectados en la fase anterior, descartar otras patologías orgánicas que puedan cursar con sintomatología similar e iniciar el tratamiento si se precisa. La primera toma de contacto en este ámbito con los médicos puede ser por una revisión programada, una solicitud por iniciativa propia o por recomendación del orientador. Ya en el pediatra se realizan varios pasos:

- **Evaluación:** Incluye entrevista con la familia, examen general de salud del menor, exploraciones complementarias y el informe del orientador que atiende al centro educativo, previa solicitud de información. Si el resultado apoya la orientación diagnóstica hacia el TDAH, deberá descartar patología orgánica que curse con síntomas comunes a este trastorno y se diseñará el Plan de Acción Individualizado (PAI) desde el nivel de Atención Primaria, en el que se incorporarán las distintas intervenciones y medidas planificadas para cada caso: medidas psicofarmacológicas, medidas psicoeducativas dirigidas al menor y la familia, intervenciones familiares, socioambientales y comportamentales.
- **Seguimiento y Coordinación:** Se establecerá una pauta de seguimiento y control del tratamiento que incluye respuesta al tratamiento, efectos secundarios, adherencia, resistencia al tratamiento, repetición de cuestionarios...). Si la respuesta a las distintas intervenciones es favorable el seguimiento se llevará a cabo una coordinación entre los servicios sanitarios y educativos, siempre con previa autorización de los padres del menor y con el objetivo de que desde el Centro escolar se proponga un Plan de Intervención Educativa.
- **Derivación a Servicios especializados:** Si se detectan alteraciones neurológicas, visuales o auditivas, se realizará derivación al Servicio especializado correspondiente. Si se precisa realizar un diagnóstico diferencial, no existe seguridad en el diagnóstico, surgen problemas médicos, de conducta, del aprendizaje o psicosociales que dificultan el diagnóstico, si existe comorbilidad, si se precisa terapia conductual, si existe falta de respuesta al tratamiento, etc. se derivará al Equipo de Salud Mental Infante-Juvenil. En estas situaciones se enviará informe clínico protocolizado al Orientador que atiende el Centro Educativo a través de los padres y con su autorización, incluyendo

orientaciones a la familia y al profesorado. Para los casos en que los padres o tutores legales del menor no autoricen la derivación al nivel sanitario especializado, se continuará el seguimiento desde el nivel de Atención Primaria (MAP/Pediatra).

3.7. TRASTORNOS COMÓRBIDOS MÁS FRECUENTES EN EL TDAH

Para conocer las comorbilidades, es decir, la presencia de trastornos existentes en la persona a parte del primario, en este caso del TDAH, más frecuentes en niños y adolescentes con TDAH, seguiremos la *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes* (Fundació Sant Joan de Déu, 2010); esta guía nos plantea las siguientes:

- a) **Trastornos de aprendizaje (lectura y cálculo):** dificultades en la capacidad de reconocer e interrelacionar los fonemas y los grafemas además de dificultades a la hora de resolver problemas aritméticos o matemáticos, operaciones, reglas matemáticas, orden numérico, seriaciones, razonamiento lógico, entre otros.
- b) **Trastorno del desarrollo de la coordinación motora:** dificultades en el aprendizaje de las habilidades motoras en tareas cotidianas a la hora de anticipar, organizar, ejecutar o modificar sus movimientos.
- c) **Trastornos del desarrollo del habla, trastornos expresivos:** dificultades para entablar una conversación. Puede que entiendan lo que las otras personas dicen y pueden pronunciar palabras, pero tienen dificultades para expresarse.
- d) **Trastornos generalizados de desarrollo:** trastornos caracterizados por retrasos en el desarrollo de las aptitudes de socialización y comunicación como el uso y comprensión del lenguaje, relación con las personas, objetos y sucesos, juegos poco usuales, dificultad en el cambio de rutinas, patrones conductuales repetitivos, entre otros.
- e) **Trastorno negativista desafiante:** patrón recurrente de conducta opositora, negativista, desafiante, desobediente y hostil dirigido a las figuras de autoridad.
- f) **Trastorno de la conducta:** conductas destructivas y negativas en el comportamiento con referencia a las normas sociales.
- g) **Trastorno de tics/síndrome de Tourette:** tics motores frecuentes, repetitivos y rápidos.
- h) **Trastorno por abuso de sustancias** como alcohol, fármacos, cannabis, entre otros.
- i) **Trastorno del estado de ánimo** los cuales afectan a diario a la persona, como ejemplo tenemos la depresión o el trastorno bipolar.

- j) **Trastorno de ansiedad:** cuando la ansiedad adaptativa aparece ante un peligro que no es real, o cuando su intensidad y duración son superiores con relación a la causa que la originó. El estrés continúa después de que el factor estresante ha desaparecido.
- k) **Trastorno del sueño:** problemas para conciliar el sueño, para mantenerse despierto o para determinar un horario regular de sueño.

3.8 OPORTUNIDADES PARA MEJORAR EL RECONOCIMIENTO Y MANEJO DEL TDAH

Aún el pleno siglo XXI, hay mucha confusión sobre el concepto TDAH y hacen falta muchos más avances y concienciación por parte de la sociedad para integrar y dar un mejor desarrollo y calidad de vida a las personas con este trastorno.

Según Young, Fitzgerald, y Postma (2013), a partir de la discusión y conclusiones de la Mesa Redonda de Expertos Europeos organizada el 27 de noviembre de 2012, se ha incluido en el *Libro Blanco sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)* una serie de recomendaciones para proporcionar a las partes implicadas locales, nacionales y europeas un marco de actuación en el TDAH. Estas **recomendaciones** son:

- a) Aumentar la concienciación acerca del TDAH.
- b) Mejorar el acceso a un diagnóstico exacto y precoz del TDAH, especialmente a través de la introducción de programas de identificación precoz e intervención en diferentes áreas (educativa, de servicios mentales, de servicios judiciales y laborales).
- c) Mejorar el acceso al tratamiento del TDAH y desarrollar un abordaje centrado en el paciente y multidisciplinar de apoyo y cuidados del TDAH.
- d) Implicar y apoyar a las asociaciones de pacientes.
- e) Impulsar programas de investigación en TDAH centrados en el paciente de investigación cualitativa y cuantitativa y a través de una mayor participación de las partes implicadas en el desarrollo de prioridades para la investigación futura.

Cada una de estas recomendaciones se acompaña de uno o dos objetivos específicos, cada uno con una lista sugerida de acciones concretas. La mayoría de estas acciones están dirigidas hacia grupos de partes implicadas en el TDAH y activas en distintos sectores de la sociedad, con especial atención a la educación, la sanidad y el sistema judicial. En conjunto, estas recomendaciones tienen como objetivo proporcionar a las partes implicadas europeas un conjunto de indicaciones sobre qué acciones prioritarias deben perseguirse

a medio y corto plazo para mejorar la calidad de vida de las personas con TDAH y para reducir el coste de este trastorno para los sistemas sanitarios en Europa.

3.9 EVALUACIÓN

Toda prueba e instrumento de evaluación está diseñado para evaluar un área específica ya sea en el plano de la cognición, plano actitudinal, plano de conducta, o bien del funcionamiento social o afectivo del sujeto.

Cuando se nos presenta un posible caso de TDAH, se debe diseñar un protocolo de evaluación con instrumentos que nos sirvan para evaluar las variables que nos interesen. Los resultados de las pruebas son una mezcla de la observación conductual, los resultados académicos, y las entrevistas a padres y profesores, todo ello nos servirá de valoración global. La evaluación nos va a servir para realizar una medición y análisis del proceso y así establecer una serie de objetivos.

Siguiendo a Láz Álvarez, Requejo Gutiérrez, Silvano Toquero, y Velasco Velado (2016) la evaluación se llevará a cabo mediante el análisis de la actividad realizada anualmente que inicialmente contendrá la siguiente información recogida por los diferentes servicios implicados.

Según Ortega Tapia (2013) las **áreas de evaluación** son las que se muestran en la *Figura 3*:

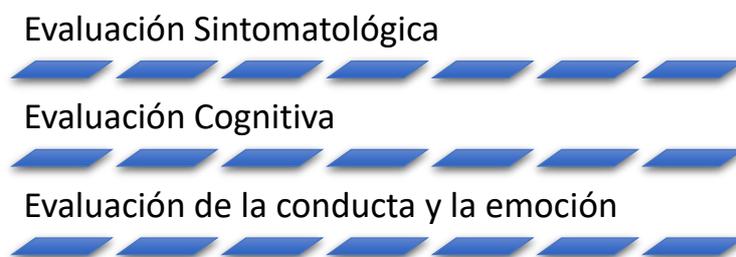


Figura 3: Áreas de evaluación del TDAH según Ortega Tapia (2013)

- a) **Evaluación sintomatológica:** atención selectiva, atención sostenida, concentración, focalización del estímulo, control inhibitorio de la atención, impulsividad, hiperactividad, autocontrol... Todos estos síntomas perfilan el cuadro sintomatológico del afectado. Los perfiles sintomatológicos también nos ayudan a diseñar el tipo de intervención más adecuada para cada caso, y el tipo de tarea sobre la que trabajar como programas y juegos de atención visual, atención auditiva, instrucciones, entrenamiento neuropsicológico, modificación de conducta, etc.
- b) **Evaluación cognitiva:** este tipo de pruebas de evaluación miden aspectos de tipo cognitivo, intelectual y comportamental. Nos dan indicadores del grado de destreza del niño/a la hora de

resolver tareas cotidianas y de su rendimiento académico, social y cognitivo. Además, nos dan información acerca de la intensidad de las dificultades o hándicaps derivados del trastorno, así como indicadores de posibles alteraciones o problemas de tipo cognitivo como memoria, memoria de trabajo, velocidad de procesamiento, dificultades de autocontrol o autorregulación, razonamiento, resolución de problemas, impacto de los síntomas, etc.

- c) **Evaluación de la conducta y la emoción:** Son los instrumentos que permite evaluar los aspectos adaptativos e desadaptativos de la conducta de niños y adolescentes. Estos instrumentos pueden ser usados de modo conjunto o por separado. En un mismo instrumento se incluye tanto la evaluación de los aspectos positivos (liderazgo, habilidades sociales, habilidades para el estudio, adaptabilidad, relaciones interpersonales, relaciones con los padres, autoestima y confianza en sí mismo) como los negativos (ansiedad, agresividad, problemas de atención, problemas de aprendizaje, hiperactividad, retraimiento, búsqueda de sensaciones, problemas externalizados, problemas internalizados, depresión, problemas de conducta, somatización, actitud negativa hacia el colegio, actitud negativa hacia los padres, locus de control, estrés social, sentido de incapacidad).

3.10 TRATAMIENTOS

La medicación como única elección no entrena en la adquisición de habilidades ni resuelve los problemas asociados (Young, Fitzgerald, y Postma, 2013).

He de hacer hincapié en una realidad como es la del negocio de enfermedades y trastornos, convenciendo a la sociedad de la necesidad de administrar siempre algún tipo de fármaco para resolverlo sin antes intentar paliarlo de manera más natural o con intervenciones como la que planteo en este trabajo, sin siquiera pararse a reflexionar sobre los posibles efectos secundarios o daños colaterales que estos fármacos pueden suponer en los niños, y digo niños porque en mi experiencia tratando con personas con posible TDAH, he tenido que ver como a un niño, que ni siquiera estaba diagnosticado ya le habían puesto un tratamiento farmacológico, que por supuesto tuvieron que parar días más adelante por los efectos secundarios que le había causado.

Por ello he decidido investigar acerca de este tema y he encontrado a un autor que lo explica desde un punto de vista más técnico. Según Ubieto (2014), hay una escasa investigación actualmente, por parte de la industria farmacéutica, de nuevos medicamentos para el tratamiento de la patología mental. Las innovaciones que conocemos son pequeños cambios en la composición molecular del producto, que permiten salvar las limitaciones de la caducidad de la patente y alargar así unos años la vida comercial del fármaco. De esta manera, se consigue así un aumento del precio final y del margen del beneficio. Un ejemplo

es el metilfenidato, en su presencia clásica apenas llegaba a un coste mensual de 5 euros, mientras que las nuevas versiones con nueva fórmula cuestan entre 65-90 euros mensuales. El autor sigue narrando que este declive de la investigación y producción de nuevos fármacos, paralela al avance de las neurociencias que apuestan por la biomedicina y la genética, donde se espera que surjan los futuros avances, deja a la infancia como un sector del mercado muy provechoso, ya que el aumento de la medicación en los niños, además de constituir por sí mismo un sector poblacional amplio, es una apuesta de futuro para asegurar la continuidad de esa medicación en la edad adulta.

Si fuera necesario finalmente introducir algún tipo de fármaco, se ha comprobado que el tratamiento combinado de medicación junto con terapia de conducta, la cual se puede desarrollar en la vida diaria como por ejemplo en casa o en la escuela, tiene, según Bauermeister (2014), las siguientes ventajas en comparación con el único suministro de fármacos:

- a) Hay una reducción de síntomas
- b) Mejora la relación con los compañeros
- c) Mejora la relación con los padres
- d) Hay mayores logros académicos

Ubieto (2014), nombra a Thomas Steitz (premio Nobel de Química del 2009), éste afirmó que los laboratorios farmacéuticos no invierten en investigar en antibióticos que puedan curar definitivamente, sino que prefieren centrar el negocio en medicamentos que sea necesario tomar durante “toda la vida”. Esta idea revela un nuevo paradigma en la medicalización de la sociedad, el de la cronificación como estado permanente de ingesta de medicamentos. Todo ello requiere de un afinado marketing al que la industria dedica un porcentaje muy elevado de sus gastos. Marketing que no es ajeno a la promoción de enfermedades o *tráfico de enfermedades*, expresión que se refiere al esfuerzo que realizan las compañías farmacéuticas por llamar la atención sobre condiciones o enfermedades frecuentemente inofensivas con objeto de incrementar la venta de medicamentos mediante campañas publicitarias, visitadores médicos o estudios que intentan medicalizar cualquier dolencia.

El tratamiento del Trastorno por déficit de atención e Hiperactividad (TDAH) debe plantearse desde un enfoque **multidisciplinar y multimodal**. Debido al impacto que tiene el trastorno sobre las diferentes áreas de la vida del afectado, es necesario atender e intervenir sobre los aspectos cognitivos, conductuales, educativos, afectivos, familiares y sociales.

El tratamiento del TDAH debe hacerse de manera individual y personalizada y por especialistas en función de los síntomas y características del entorno.

En caso de que el diagnóstico sea afirmativo se incluirá al niño en un Programa de Atención al TDAH, donde se seguirán varios pasos:

- a) **Elaboración de un Plan de Intervención Individualización (PII)** que incluye el abordaje psicofarmacológico, psicoterapéutico, psicoeducación sanitaria y abordaje psicosocial y ambiental.
- b) **Coordinación y seguimiento: a tres niveles:** familia, servicios sanitarios y servicios educativos.
- c) **Intervención, coordinación y seguimiento del alumno** será atendiendo a sus necesidades específicas de apoyo educativo a través de adaptaciones metodológicas, organización del aula, adecuación de actividades, temporalización y a la adaptación de las técnicas, tiempos e instrumentos de evaluación, así como a los medios técnicos y recursos materiales que permitan acceder al alumnado al currículo.
- d) La **intervención, coordinación y seguimiento de la familia** será a través de información de las conclusiones del informe psicopedagógico y de cómo se va a dar respuesta desde el centro educativo a las necesidades específicas de su hijo/a. También se trabajará y se crearán pautas de colaboración con la escuela y orientaciones oportunas para el hogar.
- e) Respecto a la **intervención, coordinación y seguimiento del profesorado:** éste será informado y asesorado por el Orientador que atiende al centro sobre las conclusiones del Informe Psicopedagógico y tendrá la responsabilidad de aplicar dichas recomendaciones y realizar un seguimiento. También tiene la posibilidad de participar en la Formación Especializada sobre el TDAH incluida en los Planes de Formación de la Administración educativa y participar en los proyectos de innovación sobre TDAH.
- f) Respecto a la **intervención, coordinación y seguimiento del propio Centro,** éste colaborará en el seguimiento y realizará las modificaciones oportunas en el Proyecto Educativo para atender a las necesidades que presenta este alumno/a. Adaptará las actividades complementarias y extraescolares y podrá desarrollar proyectos de innovación como de formación en su propio centro educativo.

Según Ortega Tapia (2013), el tratamiento multimodal del TDAH tiene varios objetivos:

- a) mejorar los síntomas nucleares del trastorno (hiperactividad, impulsividad y déficit de atención)
- b) reducir la aparición de problemas asociados al TDAH
- c) favorecer la adaptación académica del afectado
- d) reducir el impacto del trastorno en el entorno del afectado (familia, escuela, entorno social, plano personal)
- e) adquirir las competencias y estrategias básicas para un funcionamiento global óptimo
- f) mejorar la calidad de vida de la persona con TDAH y su familia

Además, el entorno debe comprender, aceptar y formar parte activa de la intervención del tratamiento.

La autora nos comenta que el enfoque multimodal en el tratamiento del TDAH se centra las diferentes áreas del sujeto afectadas: área académica, área familiar, área psicológica/neuropsicológica y el área social. Por lo tanto, los cuatro pilares que conforman el tratamiento multimodal del TDHA son:

a) Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico para el TDAH se presenta principalmente en dos formas: Tratamiento con medicamentos psicoestimulantes y Tratamiento con medicamentos no psicoestimulantes.

b) Intervención psicológica

Los estudios hablan de una mayor eficacia y mejor evolución cuando se combina la medicación con una intervención psicoterapéutica.

La intervención psicoterapéutica atiende a los aspectos cognitivos, emocionales, afectivos, sociales y conductuales. Mediante la intervención con técnicas de modificación de conducta, cognitivas o intervenciones neuropsicológicas, se trata de modificar aquellos comportamientos disfuncionales, reforzar aquellas áreas cognitivas más deficitarias, tratar los problemas emocionales y entrenar en el manejo de habilidades y estrategias de funcionamiento para el día a día.

Los tratamientos psicoterapéuticos indicados en el TDAH según Ortega Tapia, S. (2013) son:

- a) Psicoeducación.
- b) Técnicas cognitivo-conductuales.
- c) Técnicas de modificación de conducta.
- d) Técnicas de manejo del estrés y la ansiedad.
- e) Problemas asociados y comorbilidad.
- f) Entrenamiento en habilidades sociales.
- g) Programas de desarrollo personal para adolescentes y adultos.
- h) Problemas y/o trastornos de conducta.
- i) Problemas y/o trastornos afectivos.
- j) Mediación.

c) Intervención educativa

La intervención educativa tiene como objetivo mejorar el rendimiento académico del niño o adolescente en la escuela mediante la reeducación psicopedagógica y la intervención a través adaptaciones curriculares, medidas específicas y acciones dirigidas a la mejora de su adaptación escolar y académica y reducir así los efectos negativos del TDAH con relación a su aprendizaje y competencia académica (Martínez Martín, m. a., 2013).

d) Intervención familiar

La familia es donde se recoge un impacto mayor del trastorno. Este impacto se traduce en una mala comunicación emocional, problemas de sobrecarga cognitiva y tensional, ausencia de estrategias y habilidades para responder a los comportamientos disruptivos, necesidad de apoyo psicológico... y todas estas dificultades hacen necesaria una intervención familiar para abordar los posibles focos problemáticos de la dinámica familiar (Martínez Martín, 2013).

Los padres deben aceptar, comprender e implicarse de forma activa en el tratamiento del hijo afectado y deben coordinarse con los Servicios Sanitario Infanto-Juveniles y con el centro escolar y deben ser el núcleo de coordinación del resto de apoyos y servicios de atención del afectado.

3.11 JUSTIFICACIÓN DE LA IMPORTANCIA DE LAS HABILIDADES SOCIALES EN NIÑOS Y NIÑAS CON TDAH

Resultados de numerosos estudios demuestran que los niños con dificultades en el proceso de aprendizaje tienen más probabilidades de desarrollar problemas en las áreas sociales y emocionales que otros niños de su entorno; por ello es necesario realizar intervenciones concretas para su correcto desarrollo social, ya que, sin ayuda, estos niños presentarán unos déficits más perjudiciales que la propia dificultad de aprendizaje, además si esto no se trata prevalecerá en la edad adulta. Una de las técnicas más importante para esta intervención es el entrenamiento en las Habilidades Sociales.

Según Aguilar Millastre, (2014), las **Habilidades Sociales** son un conjunto de técnicas que pretenden proporcionar recursos a los niños con problemas para que su integración sea más fácil, por lo tanto, su objetivo primario es el de mejorar la sociabilidad general del niño en su ambiente. Todas estas comienzan proporcionando al niño un entorno seguro, con gente conocida en el que pueda entrenar diferentes tipos de conductas sociales y mecanismos de resolución de problemas. Se trata de hacer simulaciones de situaciones que con más frecuencia se va a encontrar en su ambiente y que potencialmente pueden ser problemáticas (por ejemplo, cómo empezar una conversación, como pedir ayuda...).

Según este autor, las **habilidades más necesarias para entrenar** son:

- a) *Habilidades conversacionales* o formas socialmente correctas de empezar y desarrollar una conversación:
 - a. Respetar el turno de palabra
 - b. Normas básicas de comunicación
 - c. Escuchar activamente
 - d. Elección de temas de interés
 - e. Organización del discurso
 - f. Aprender a gestionar los silencios
 - g. ...
- b) *Relaciones de inicio de amistad*, o las formas más fáciles para que el niño pueda encontrar amigos.
- c) Cómo y a quién *pedir ayuda* en cada ambiente
- d) Cómo *responder de forma correcta ante cambios de actitud*, tanto propios como de los demás.
- e) Estrategias de *resolución de problemas sociales* como: bullying, niño solitario, peleas, etc.

Este autor nos muestra los **pasos** que estas técnicas siguen:

1. *Descripción minuciosa de la habilidad*. Secuenciada en pasos de la manera más clara y concreta posible.
2. *Ejemplificar con modelos*. Preferiblemente llevado por compañeros del centro con buenos niveles de ejecución en la habilidad concreta.
3. *Entrenamiento*. Práctica de la secuencia de pasos de la habilidad que se quiere entrenar. El niño ensayará diversas situaciones en las que practique la conducta descrita.
4. *Retroalimentación del ensayo*: mirar qué tal se ha hecho en los ensayos concretando los puntos fuertes y débiles.
5. *Entendimiento metacognitivo*: reflexionar con el niño sobre lo que piensa y siente al realizar la actividad entrenada, qué piensan y sienten los demás, y cómo piensa y siente cuando salen las cosas bien y mal.

3.12 ANÁLISIS DE CÓMO SE CONTEMPLA LA ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD EN LA NORMATIVA EDUCATIVA

1. **Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre para la mejora de la calidad educativa** recoge como uno de sus principios fundamentales la exigencia de proporcionar una educación de calidad y adaptada a las necesidades de los ciudadanos. Asimismo, reconoce que una adecuada respuesta educativa se

concibe a partir del concepto de inclusión, siendo la atención a la diversidad una necesidad que abarca a todas las etapas educativas y a todo el alumnado. Además contempla la equidad en la educación: las Administraciones educativas dispondrán los medios necesarios para que todo el alumnado alcance el máximo desarrollo personal, intelectual, social y emocional; asegurarán los recursos necesarios para que el alumnado que requiera de atención educativa diferente a la ordinaria pueda alcanzar el máximo desarrollo posible de sus capacidades personales y, en todo caso, los objetivos establecidos con carácter general para todo el alumnado; y establecerán los procedimientos y recursos precisos para identificar tempranamente las necesidades específicas del citado alumnado, garantizando la escolarización y regulando y asegurando la participación en todo momento de los padres o tutores. Asimismo, establece que las Administraciones públicas desarrollarán acciones de carácter compensatorio en relación con las personas, grupos y ámbitos territoriales que se encuentren en situaciones desfavorables, con el fin de hacer efectivo el principio de igualdad en el ejercicio del derecho a la educación, determinando que las políticas de educación compensatoria reforzarán la acción del sistema educativo de forma que se eviten desigualdades derivadas de factores sociales, económicos, culturales, geográficos, étnicos o de otra índole.

2. **Real Decreto 1630/2006, de 29 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas del segundo ciclo de Educación Infantil**, dedica el artículo 8 a la atención a la diversidad, determinando que las administraciones educativas establecerán procedimientos que permitan identificar aquellas características que puedan tener incidencia en la evolución escolar de niños y niñas, y facilitarán la coordinación de cuantos sectores intervengan en la atención de este alumnado.
3. **Real Decreto 126/2014, de 28 de febrero, por el que se establece el currículo básico de la Educación Primaria.**, recoge, relativo a la atención a la diversidad, que las administraciones educativas, con el fin de facilitar la accesibilidad al currículo, establecerán los procedimientos oportunos cuando sea necesario realizar adaptaciones que se aparten significativamente de los contenidos y criterios de evaluación del currículo, a fin de atender al alumnado con necesidades educativas especiales que las precisen.
4. **Real Decreto 1105/2014, de 26 de diciembre, por el que se establece el currículo básico de la Educación Secundaria Obligatoria y del Bachillerato**, determina entre otras consideraciones, que las administraciones educativas regularán las diferentes medidas de atención a la diversidad, contemplando entre estas los agrupamientos flexibles, el apoyo en grupos ordinarios, los desdoblamientos de grupo, la oferta de materias optativas, las medidas de refuerzo, las adaptaciones del currículo, la integración de materias en ámbitos, los programas de diversificación curricular y otros programas de tratamiento personalizado para el alumnado con necesidad específica de apoyo educativo. Asimismo, se indica que las citadas administraciones establecerán los procedimientos oportunos cuando sea necesario realizar adaptaciones que se aparten significativamente de los

contenidos y criterios de evaluación del currículo, a fin de atender al alumnado con necesidades educativas especiales que las precisen, además de los tiempos y apoyos que aseguren una correcta evaluación de este alumnado.

5. **Decreto 122/2007, de 27 de diciembre, por el que se establece el currículo del segundo ciclo de la Educación Infantil en la Comunidad de Castilla y León**, señala en su artículo 7 que la Consejería competente en materia de educación establecerá los procedimientos que permitan identificar aquellas características que puedan tener incidencia en la evolución escolar de los niños y niñas, y facilitará la coordinación de cuantos sectores intervengan en la atención de este alumnado. Asimismo, determina que la Consejería competente en materia de educación arbitrará las medidas necesarias para aquellos alumnos que precisen una atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar necesidades educativas especiales, por dificultades específicas de aprendizaje, por sus altas capacidades intelectuales, o por condiciones personales.
6. **DECRETO 26/2016, de 21 de julio, por el que se establece el currículo y se regula la implantación, evaluación y desarrollo de la Educación Primaria en la Comunidad de Castilla y León junto con ORDEN EDU/362/2015, de 4 de mayo, por la que se establece el currículo y se regula la implantación, evaluación y desarrollo de la educación secundaria obligatoria en la Comunidad de Castilla y León.**, determinan que los centros docentes desarrollarán las medidas de atención a la diversidad establecidas por la Consejería competente en materia de educación, adaptándolas a las características de los alumnos, con el fin de atenderlos a todos, tanto a los que tienen dificultades de aprendizaje como a los de mayor capacidad o motivación para aprender. Además, señala que se establecerán las medidas curriculares y organizativas para atender a todo el alumnado y, en particular, al que presente necesidades específicas de apoyo educativo, que los centros adoptarán de acuerdo con su proyecto educativo.
7. **ORDEN EDU/363/2015, de 4 de mayo, por la que se establece el currículo y se regula la implantación, evaluación y desarrollo del bachillerato en la Comunidad de Castilla y León**, recoge que la Consejería competente en materia de educación establecerá las condiciones de accesibilidad y recursos de apoyo que favorezcan el acceso al currículo del alumnado con necesidades educativas especiales, asociadas a problemas graves de audición, visión o motricidad, y adaptará los instrumentos y, en su caso, los tiempos y apoyos que aseguren una correcta evaluación de este alumnado.
8. **ORDEN EDU/1152/2010, de 3 de agosto, por la que se regula la respuesta educativa al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo escolarizado en el segundo ciclo de Educación Infantil, Educación Primaria, Educación Secundaria Obligatoria, Bachillerato y Enseñanzas de Educación Especial, en los centros docentes de la Comunidad de Castilla y León** pretende regular y desarrollar los aspectos relativos a la ordenación y a la organización de la

respuesta educativa al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo, bajo los principios de calidad y equidad educativa.

- a) El Capítulo I establece el objeto de la Orden, su ámbito de aplicación y los principios generales de actuación que rigen la respuesta educativa al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo.
 - b) El Capítulo II, dedicado a las actuaciones generales, a las medidas de atención educativa y de coordinación entre etapas educativas, y al Plan de Atención a la Diversidad, para ofrecer una educación de calidad al alumnado y permita su acceso, permanencia y promoción en el sistema educativo. Además, aborda también la necesaria coordinación entre las distintas etapas educativas, con objeto de facilitar la continuidad del proceso educativo del alumnado con necesidad de apoyo educativo.
 - c) El Capítulo III aborda la identificación, evaluación y seguimiento de las necesidades específicas de apoyo educativo del alumnado, definiendo la evaluación psicopedagógica, los responsables para su realización y regulando el procedimiento para la realización del informe de evaluación psicopedagógica y del dictamen de escolarización.
 - d) El Capítulo IV tiene por objeto regular la atención educativa al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo, quedando dividido en cuatro secciones de acuerdo con las necesidades educativas del alumnado.
 - e) El Capítulo V trata de los recursos humanos que la Consejería competente en materia de educación pone a disposición del sistema educativo para adecuar la respuesta al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo.
 - f) El Capítulo VI establece la participación y colaboración de las familias en las decisiones que afecten a la escolarización y demás procesos educativos del alumnado con necesidad específica de apoyo educativo.
9. **ORDEN EDU/371/2018, de 2 de abril, por la que se modifica la Orden EDU/1152/2010, de 3 de agosto, por la que se regula la respuesta educativa al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo escolarizado en el segundo ciclo de Educación Infantil, Educación Secundaria Obligatoria, Bachillerato y Enseñanzas de Educación Especial, en los centros docentes de la Comunidad de Castilla y León:** En el Capítulo IV de la citada orden se regula la atención educativa al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo, quedando organizado en cuatro secciones, en función del tipo alumnado y de sus necesidades educativas. La Consejería de Educación considera conveniente incluir, dentro de este Capítulo IV, una nueva sección dedicada al alumnado prematuro posibilitando en determinados supuestos su escolarización con edad corregida como medida de flexibilización excepcional. La prematuridad supone una condición de riesgo de

secuelas a lo largo del neurodesarrollo, algunas de carácter permanente y otras que desaparecen con el proceso de maduración.

10. **Instrucción de 24 de agosto de 2017 de la Dirección General de Innovación y Equidad Educativa por la que se modifica la Instrucción de 9 de julio de 2015 de la Dirección General de Innovación Educativa y Formación del Profesorado, por la que se establece el procedimiento de recogida y tratamiento de los datos relativos al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo escolarizado en centros docentes de Castilla y León:** con ésta, se modifican los grupos del alumnado con necesidad específica de apoyo educativo escolarizado en centros docentes de Castilla y León, extrayendo del grupo de alumnos con necesidades educativas especiales a los alumnos TDAH, creándose como un nuevo grupo del alumnado con necesidad específica de apoyo educativo. Los requisitos para que el alumnado TDAH sea incluido en el fichero ATDI son: ser objeto del “Protocolo de Coordinación de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad” en la comunidad de Castilla y León establecido en la instrucción de 31 de marzo de 2017 por la Dirección General de Innovación y Equidad Educativa de la Consejería de educación de Castilla y León. No se deberán de incluir en el fichero de datos ATDI los alumnos que no presenten necesidades específicas de apoyo educativo, aunque el diagnóstico clínico confirmara la existencia de TDAH.

4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

4.1 INTRODUCCIÓN

La Propuesta de Intervención de este TFM está basado en la citada normativa, vista en el apartado anterior, en concreto, en:

- a) **ORDEN EDU/1152/2010, de 3 de agosto, por la que se regula la respuesta educativa al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo escolarizado en el segundo ciclo de Educación Infantil, Educación Primaria, Educación Secundaria Obligatoria, Bachillerato y Enseñanzas de Educación Especial, en los centros docentes de la Comunidad de Castilla y León.**
- b) **Instrucción de 24 de agosto de 2017 de la Dirección General de Innovación y Equidad Educativa por la que se modifica la Instrucción de 9 de julio de 2015 de la Dirección General de Innovación Educativa y Formación del Profesorado, por la que se establece el procedimiento de recogida y tratamiento de los datos relativos al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo escolarizado en centros docentes de Castilla y León**

Habilidades sociales hay muchas, las cuales desarrollamos a lo largo de nuestra vida de una manera u otra; pero en este TFM he querido seleccionar las más relevantes a potenciar con niños con TDAH, las cuales además una vez integradas podrán ser de ayuda para integrar las demás. Por ello hemos seleccionado las siguientes:

- a) **Autocontrol:** para poder controlar emociones, impulsos o pensamientos, lograr un desarrollo pleno y una consecución de las metas fijadas.
- b) **Atención-observación:** para tener una correcta percepción de la realidad y una conciencia plena de lo que sucede alrededor, con ello se puede dominar aspectos de la realidad y aumentar la inteligencia.
- c) **Expresión:** para desarrollar mejor la habilidad de comunicación, además de transmitir sensaciones, sentimientos, pensamientos y emociones.
- d) **Asertividad:** para expresar ideas, pensamientos o preocupaciones de forma clara y respetuosa hacia los demás y hacia uno mismo.

4.2 CONTEXTO

Este programa podría estar destinado a la aplicación en diferentes contextos, tanto formales como no formales e incluso informales, ya que en el día a día estamos trabajando de manera directa e indirecta las Habilidades Sociales.

Pero en mi TFM me he querido centrar en uno, y es que he desarrollado un programa de **Habilidades Sociales para Fundación de Ayuda a la Infancia de Castilla y León** (en adelante, Fundaicyl) este centro se encuentra en se encuentra en Valladolid, en concreto en la Calle Campo de Gomara número 1 (esquina Carretera de Rueda)

Este centro se creó a causa de la problemática del Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), un grupo de familias tuvo una necesidad a causa del cansancio de acudir a profesionales fuera de Castilla y León y viendo que la mejor solución era intervenir con la colaboración y coordinación con distintos profesionales de la educación y la sanidad. Comprobaron los costes tan elevados que suponía mantener una terapia constante con estos niños, el alto grado de desconocimiento sobre el TDAH y las patologías asociadas existentes y falta de ayuda que tienen la mayoría de las familias. Vieron además el vacío existente entre las soluciones que aportan las diferentes administraciones y aquellos con grandes posibilidades económicas que pueden costearse un costoso tratamiento.

Por todo esto nació Fundaicyl, una entidad sin ánimo de lucro orientada para dar soluciones reales, efectivas y al menor costo posible, tratando de concienciar a todos los estamentos de la sociedad de la necesidad de dar soluciones efectivas no sólo a los niños y adolescentes con problemas, sino además a sus propias familias.

4.3 DESTINATARIOS

Este programa está enfocado a **niños con TDAH de 5º y 6º de Primaria**, ya que tanto los objetivos como los contenidos y actividades están adaptados y diseñados para estas edades.

He elegido este tramo de edad ya que es cuando mejor y más se detecta el TDAH en los niños, por ello, es cuando más se necesitaría de este tipo de intervenciones y programas para poner en marcha todos los recursos posibles para que los niños con este trastorno puedan tener un mejor y mayor desarrollo a lo largo de su vida.

4.4 OBJETIVOS GENERALES

Al estar enfocada mi intervención a 5º/6º de Educación Primaria, los objetivos generales de ésta se relacionan directamente con los de la propia etapa, que refiriéndonos al **DECRETO 26/2016, de 21 de**

julio, por el que se establece el currículo y se regula la implantación, evaluación y desarrollo de la Educación Primaria en la Comunidad de Castilla y León en su *Artículo 4. Objetivos de la etapa de educación primaria*, dichos objetivos son los establecidos en el **artículo 17 de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo**, ya que Fundaicyl está en la categoría de centro educativo y de manera indirecta se están constantemente trabajando estos objetivos. Por lo tanto, la intervención se relacionaría en concreto con cuatro de estos objetivos:

1. Conocer y apreciar los valores y las normas de convivencia, aprender a obrar de acuerdo con ellas, prepararse para el ejercicio activo de la ciudadanía y respetar los derechos humanos, así como el pluralismo propio de una sociedad democrática.
2. Desarrollar hábitos de trabajo individual y de equipo, de esfuerzo y responsabilidad en el estudio, así como actitudes de confianza en sí mismo, sentido crítico, iniciativa personal, curiosidad, interés y creatividad en el aprendizaje.
3. Adquirir habilidades para la prevención y para la resolución pacífica de conflictos, que les permitan desenvolverse con autonomía en el ámbito familiar y doméstico, así como en los grupos sociales con los que se relacionan.
4. Desarrollar sus capacidades afectivas en todos los ámbitos de la personalidad y en sus relaciones con los demás, así como una actitud contraria a la violencia, a los prejuicios de cualquier tipo y a los estereotipos sexistas.

4.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) BLOQUE I: AUTOCONTROL

1. Aprender a no tomarnos todo a la defensiva
2. Afrontar situaciones estresantes
3. Superar la impulsividad
4. Expresar adecuadamente las emociones
5. Generar emociones positivas
6. Administrar la propia ansiedad
7. Recordar los puntos fuertes de uno mismo

b) BLOQUE II: ATENCIÓN-OBSERVACIÓN

1. Mejorar la percepción visual
2. Focalizar la atención
3. Facilitar la búsqueda de características
4. Identificar semejanzas y diferencias
5. Discriminar las variables cambiantes del entorno
6. Reconocer esquemas visuales
7. Ejercitar la rapidez viso-motriz
8. Reconocer ritmos

c) BLOQUE III: EXPRESIÓN

1. Aceptar nuestras posibilidades y limitaciones
2. Expresar nuestras emociones
3. Desarrollar la espontaneidad
4. Disfrutar de las relaciones interpersonales
5. Conocer diferentes formas de comunicación
6. Desarrollar la creatividad
7. Desarrollar la cooperación
8. Reconocer nuestras emociones

d) BLOQUE IV: ASERTIVIDAD

1. Trabajar desde el interior del alumno
2. Decir lo que uno quiere sin herir los sentimientos de los demás
3. Defender los propios derechos
4. Aprender a expresar los sentimientos de una manera clara
5. Actuar de manera asertiva frente a situaciones diversas
6. Reconocer los propios derechos y deberes
7. Analizar las conductas que vulneran nuestros derechos

4.6 CONTENIDOS

a) BLOQUE I: AUTOCONTROL

- a) Expresión de las emociones
- b) Reconocimiento de la impulsividad y cómo controlarla
- c) Desarrollo de estados emocionales positivos
- d) Capacitación para los retos y posibles situaciones
- e) Disfrute del bienestar emocional
- f) Mejora de la calidad de vida
- g) Integración de la inteligencia emocional
- h) Concienciación de los cambios corporales
- i) Conocimiento de los propios detonadores

b) BLOQUE II: ATENCIÓN – OBSERVACIÓN

1. Conocimiento de los diferentes ritmos
2. Desarrollo de una atención perceptiva
3. Fomento de la rapidez viso-motriz
4. Búsqueda de diferencias
5. Reconocimiento de las características variadas del entorno
6. Esquematización de lo visual
7. Reconocimiento de las semejanzas

c) BLOQUE III: EXPRESIÓN

1. Desarrollo de la creatividad
2. Conocimiento de las posibilidades y limitaciones personales
3. Disfrute de las relaciones con otras personas
4. Desarrollo de la capacidad expresiva a través del lenguaje verbal y no verbal
5. Comprensión de los códigos de comunicación
6. Participación en el desarrollo de diferentes actividades

d) BLOQUE IV: ASERTIVIDAD

1. Participación en situaciones varias para practicar la asertividad
2. Interiorización de emociones
3. Práctica de situaciones donde defender nuestros derechos
4. Conversación asertiva
5. Reconocimiento de conductas que vulneran nuestros derechos
6. Expresión de sentimientos y necesidades
7. Comunicación clara y directa

4.7 METODOLOGÍA

El proyecto se desarrolla a través de diferentes bloques correspondientes a las habilidades sociales que queremos potenciar con nuestra intervención psicopedagógica, cada bloque tendrá sus propios objetivos, contenidos y actividades, éstas últimas enlazadas con sus correspondientes objetivos y contenidos y una breve explicación de la actividad para comprender mejor la técnica a utilizar, si bien es cierto, cada actividad es flexible y podrá desarrollarse con alguna modificación para la adaptación al lugar, niños, recursos, etc. Hay que destacar el carácter lúdico de las actividades ya que con el juego se integra mucho mejor los contenidos en el niño y en consecuencia se alcanzarán mejor los objetivos.

Además, en cuanto a la metodología nos apoyaremos de nuevo en el **DECRETO 26/2016, de 21 de julio, por el que se establece el currículo y se regula la implantación, evaluación y desarrollo de la Educación Primaria en la Comunidad de Castilla y León**, en concreto en su *Artículo 12. Principios pedagógicos*, ya que mencionan que la metodología didáctica será fundamentalmente comunicativa, activa y participativa, se procurará la integración de las distintas experiencias y aprendizajes del alumnado y tendrá en cuenta sus diferentes ritmos de aprendizaje, favoreciendo la capacidad de aprender por sí mismos y promoviendo el trabajo en equipo. En su *Anexo I-A: Principios Metodológicos de la Etapa*, se hace hincapié en varios aspectos que utilizaremos para diseñar la metodología de este diseño de intervención:

- a) La acción educativa procurará la integración de las distintas experiencias del alumnado y se adaptará a sus características y ritmos de aprendizaje.
- b) Las estrategias interactivas son las más adecuadas en un proceso de enseñanza y aprendizaje basado en competencias, al permitir compartir y construir el conocimiento, dinamizando las propuestas didácticas mediante el intercambio verbal y colectivo de ideas.
- c) Las metodologías activas han de apoyarse en estructuras de aprendizaje cooperativo, de forma que, a través de la resolución conjunta de las tareas, los miembros del grupo conozcan las estrategias utilizadas

por sus compañeros y puedan aplicarlas a situaciones similares facilitando los procesos de generalización y de transferencia de los aprendizajes.

- d) Plantearemos unos principios metodológicos para la etapa que incluyan tanto la descripción de las prácticas educativas como la organización del trabajo docente y se definen como el diseño y puesta en marcha de estrategias, procedimientos y acciones organizadas y planificadas por el profesorado, de manera consciente y reflexiva, con la finalidad de posibilitar el aprendizaje de los alumnos y el logro de los objetivos planteados.
- e) De acuerdo con la atención a la diversidad se adaptará del proceso de enseñanza aprendizaje a los distintos ritmos de aprendizaje de los alumnos en función de las necesidades educativas especiales.
- f) Los alumnos tienen que conocer los objetivos, que serán medibles en términos de criterios de evaluación, y adecuarán su respuesta a la situación planteada. Se emplearán diferentes instrumentos de evaluación por parte del docente, sus iguales o él mismo que, tomando como referencia la evaluación inicial, permitan al alumno conocer el grado de consecución de sus logros.

A parte del carácter lúdico de la metodología que esta propuesta de intervención sigue, es muy importante el factor de la **motivación**. Como comenta el Dr. Álvaro Bilbao, autor del libro *El cerebro del niño explicado a los padres*, el ser humano se mueve por motivación, para que un niño consiga alcanzar sus metas tiene que recibir la recompensa adecuada cuando su conducta sea la adecuada, además se le deben mostrar buenos modelos de actuación para que sus neuronas espejo empiecen a hacer su trabajo.

4.8 ACTIVIDADES

Como se comentó en anteriores apartados, las actividades se van a desarrollar en varias sesiones, dentro de diferentes bloques de contenido para poder tocar todos los puntos de las habilidades sociales que pretendemos trabajar con el diseño de esta intervención. Para servir de ayuda al lector, estructuraremos estas actividades por medio de 4 cuadros correspondientes a los 4 bloques de contenido, que pasamos a desarrollar a continuación.

a) BLOQUE I: AUTOCONTROL

SESIÓN 1	OBJETIVOS	CONTENIDOS	DESARROLLO
Visualizo el autocontrol	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Afrontar situaciones estresantes ✓ Expresar adecuadamente las emociones ✓ Administrar la propia ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Expresión de las emociones ✓ Mejora de la calidad de vida ✓ Integración de la inteligencia emocional ✓ Concienciación de los cambios corporales 	Ficha para hacer visible la conducta de, por ejemplo, el enfado, por dentro y por fuera.
Panel de las emociones	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aprender a no tomarnos todo a la defensiva ✓ Expresar adecuadamente las emociones ✓ Generar emociones positivas ✓ Recordar los puntos fuertes de uno mismo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Expresión de las emociones ✓ Reconocimiento de la impulsividad y cómo controlarla ✓ Integración de la inteligencia emocional ✓ Concienciación de los cambios corporales 	Se sientan en círculo y eligen uno a uno una carita (les ofrezco entre varias), se levantan por turnos para explicar por qué se sienten así hoy. Les podemos ayudar a que gestionen esa emoción.

SESIÓN 2	OBJETIVOS	CONTENIDOS	DESARROLLO
Técnica de la tortuga	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Afrontar situaciones estresantes ✓ Superar la impulsividad ✓ Administrar la propia ansiedad ✓ Recordar los puntos fuertes de uno mismo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reconocimiento de la impulsividad y cómo controlarla ✓ Desarrollo de estados emocionales positivos ✓ Disfrute del bienestar emocional ✓ Mejora de la calidad de vida 	<p>Famosa técnica que gusta y que hace efecto.</p> <p>https://youtu.be/PtBi9BVLD6o</p>
Estatuas musicales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Superar la impulsividad ✓ Expresar adecuadamente las emociones ✓ Generar emociones positivas ✓ Recordar los puntos fuertes de uno mismo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Expresión de las emociones ✓ Reconocimiento de la impulsividad y cómo controlarla ✓ Capacitación para los retos y posibles situaciones ✓ Concienciación de los cambios corporales 	<p>Suena la música y se mueven por todo el aula: bailando, saltando, gritando... Cuando se pare la música tienen que quedarse quietos con los ojos y puños cerrados.</p>

SESIÓN 3	OBJETIVOS	CONTENIDOS	DESARROLLO
Asfaltamos la carretera	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Afrontar situaciones estresantes ✓ Superar la impulsividad ✓ Administrar la propia ansiedad ✓ Recordar los puntos fuertes de uno mismo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reconocimiento de la impulsividad y cómo controlarla ✓ Capacitación para los retos y posibles situaciones ✓ Mejora de la calidad de vida ✓ Conocimiento de los propios detonadores 	<p>Picar la ficha con el punzón por todos los puntitos de forma tranquila y sin dejarse ninguno sin picar. (anexo 2)</p>
Porompompero	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Afrontar situaciones estresantes ✓ Superar la impulsividad ✓ Generar emociones positivas ✓ Recordar los puntos fuertes de uno mismo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reconocimiento de la impulsividad y cómo controlarla ✓ Capacitación para los retos y posibles situaciones ✓ Mejora de la calidad de vida 	<p>Intentar controlar el no explotar las pompas que va a haber en clase. Felicitar al que lo consiga Describir las sensaciones que hemos tenido a la hora de no explotar las pompas.</p>

SESIÓN 4	OBJETIVOS	CONTENIDOS	DESARROLLO
La sopa de letras de la paciencia	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aprender a no tomarnos todo a la defensiva ✓ Generar emociones positivas ✓ Administrar la propia ansiedad ✓ Recordar los puntos fuertes de uno mismo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Expresión de las emociones ✓ Desarrollo de estados emocionales positivos ✓ Integración de la inteligencia emocional ✓ Conocimiento de los propios detonadores 	Hacer de manera tranquila la sopa de letras donde, además, buscará palabras relacionadas con la paciencia y el autocontrol. (anexo 3)
Me calmo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aprender a no tomarnos todo a la defensiva ✓ Afrontar situaciones estresantes ✓ Generar emociones positivas ✓ Administrar la propia ansiedad ✓ Recordar los puntos fuertes de uno mismo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reconocimiento de la impulsividad y cómo controlarla ✓ Desarrollo de estados emocionales positivos ✓ Capacitación para los retos y posibles situaciones ✓ Disfrute del bienestar emocional ✓ Mejora de la calidad de vida ✓ Concienciación de los cambios corporales 	<ul style="list-style-type: none"> a) Cerramos los ojos y respiramos (sentados o tumbados con música agradable, sonidos de la naturaleza...) b) Soltamos el aire como un globo cuando se deshinch. c) Pensamos en nuestros sentimientos, en lo que estamos haciendo, dónde estamos y como nos sentimos. d) Pensamientos agradables: mar, campo, brisa, un lugar donde nos guste estar, que nos calme. e) Abrimos los ojos ¿Cómo nos hemos sentido?

b) BLOQUE II: ATENCIÓN - OBSERVACIÓN

SESIÓN 1	OBJETIVOS	CONTENIDOS	DESARROLLO
Completar los medios de transporte	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Focalizar la atención ✓ Facilitar la búsqueda de características ✓ Identificar semejanzas y diferencias ✓ Discriminar las variables cambiantes del entorno 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Búsqueda de diferencias ✓ Reconocimiento de las características variadas del entorno ✓ Esquematización de lo visual ✓ Reconocimiento de las semejanzas 	Observar los dibujos de la izquierda, taparlos y completar, de acuerdo con éstos, los dibujos de la derecha. (Anexo 4)
Sonidos de animales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Focalizar la atención ✓ Identificar semejanzas y diferencias ✓ Reconocer ritmos ✓ Discriminar las variables cambiantes del entorno 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conocimiento de los diferentes ritmos ✓ Desarrollo de una atención perceptiva ✓ Búsqueda de diferencias ✓ Reconocimiento de las características variadas del entorno 	Cada niño tendrá un papel con el nombre de un animal, de cada animal hay dos papeles. Los niños bailarían por la clase al son (rápido o lento) de la música y cuando paren tendrán que realizar la onomatopeya del animal que les ha tocado y encontrar a su pareja prestando atención a los sonidos que escuchan de los demás compañeros.

SESIÓN 2	OBJETIVOS	CONTENIDOS	DESARROLLO
Distinto pero parecido	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mejorar la percepción visual ✓ Facilitar la búsqueda de características ✓ Identificar semejanzas y diferencias ✓ Discriminar las variables cambiantes del entorno 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Búsqueda de diferencias ✓ Reconocimiento de las características variadas del entorno ✓ Esquematización de lo visual ✓ Reconocimiento de las semejanzas 	<p>Observar la serie de dibujos detenidamente, clasificando mentalmente a qué categoría pertenecen y añadir tres más. (Anexo5)</p>
Dominó Gigante	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Focalizar la atención ✓ Identificar semejanzas y diferencias ✓ Ejercitar la rapidez viso-motriz ✓ Discriminar las variables cambiantes del entorno 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desarrollo de una atención perceptiva ✓ Fomento de la rapidez viso-motriz ✓ Esquematización de lo visual ✓ Reconocimiento de las semejanzas 	<p>Juego con fichas grandes de dominó, tendrán que prestar atención para ver si pueden poner ficha ya que hay límite de tiempo en cada turno.</p>

SESIÓN 3	OBJETIVOS	CONTENIDOS	DESARROLLO
El cocinero y su cocina	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mejorar la percepción visual ✓ Facilitar la búsqueda de características ✓ Identificar semejanzas y diferencias ✓ Discriminar las variables cambiantes del entorno 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Búsqueda de diferencias ✓ Reconocimiento de las características variadas del entorno ✓ Esquematización de lo visual ✓ Reconocimiento de las semejanzas 	<p>Observar únicamente el dibujo de la derecha por dos minutos, después tapanlo y localizar y colorear en el de la izquierda los dibujos que ha estado observando.</p>
¿Qué ha cambiado?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mejorar la percepción visual ✓ Focalizar la atención ✓ Facilitar la búsqueda de características ✓ Identificar semejanzas y diferencias ✓ Discriminar las variables cambiantes del entorno 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desarrollo de una atención perceptiva ✓ Búsqueda de diferencias ✓ Reconocimiento de las características variadas del entorno ✓ Reconocimiento de las semejanzas 	<p>Un grupo de niños sale del aula y se cambian complementos o prendas de vestir entre ellos, después vuelven a entrar y sus compañeros tienen que adivinar qué ha cambiado. (Anexo 6)</p>

SESIÓN 4	OBJETIVOS	CONTENIDOS	DESARROLLO
Mindfulness	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Focalizar la atención ✓ Discriminar las variables cambiantes del entorno ✓ Reconocer esquemas visuales 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desarrollo de una atención perceptiva ✓ Reconocimiento de las características variadas del entorno ✓ Esquematización de lo visual 	Realizar una sesión de Mindfulness dirigida centrándonos en la observación de la respiración.
La Gran Mandala	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Focalizar la atención ✓ Ejercitar la rapidez visomotriz ✓ Reconocer esquemas visuales 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desarrollo de una atención perceptiva ✓ Esquematización de lo visual ✓ Reconocimiento de las semejanzas 	Entre todos pintarán una gran mandala con atención de no salirse, utilizando la concentración.

c) BLOQUE III: expresión (verbal y corporal)

SESIÓN 1	OBJETIVOS	CONTENIDOS	DESARROLLO
El folio musical	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Expresar nuestras emociones ✓ Desarrollar la espontaneidad ✓ Conocer diferentes formas de comunicación ✓ Desarrollar la creatividad 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desarrollo de la creatividad ✓ Desarrollo de la capacidad expresiva a través del lenguaje verbal y no verbal ✓ Participación en el desarrollo de diferentes actividades 	<p>Entregar a cada niño un folio DIN A-3 en blanco y poner diferentes tipos de música para que colorean como lo sientan y se expresen por medio de la pintura dependiendo de la sensación de cada pieza escuchada.</p>
¿Cómo nos expresamos?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aceptar nuestras posibilidades y limitaciones ✓ Expresar nuestras emociones ✓ Conocer diferentes formas de comunicación ✓ Reconocer nuestras emociones 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conocimiento de las posibilidades y limitaciones personales ✓ Comprensión de los códigos de comunicación ✓ Participación en el desarrollo de diferentes actividades 	<p>Puesta en común de las diferentes maneras de expresión que tenemos y sentimientos que nos han generado éstas</p> <p>MIEDO: Anticipación de una que produce inseguridad.</p> <p>SORPRESA: Sobresalto, asombro, desconcierto.</p> <p>AVERSIÓN: Disgusto, asco, solemos alejarnos del objeto que nos produce aversión.</p> <p>IRA: Rabia, enojo, resentimiento, furia, irritabilidad.</p> <p>ALEGRÍA: Diversión, euforia, gratificación, contentos, da una sensación de bienestar, de seguridad.</p> <p>TRISTEZA: Pena, soledad, pesimismo</p>

SESIÓN 2	OBJETIVOS	CONTENIDOS	DESARROLLO
El problema	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desarrollar la cooperación ✓ Desarrollar la espontaneidad ✓ Disfrutar de las relaciones interpersonales ✓ Desarrollar la creatividad 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conocimiento de las posibilidades y limitaciones personales ✓ Disfrute de las relaciones con otras personas ✓ Comprensión de los códigos de comunicación 	Se les cuenta a los niños un problema que ha sucedido en la actualidad y se les va haciendo preguntas relacionadas con éste para que se expresen y desarrollen su propia opinión.
Expresa cómo te sientes	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Expresar nuestras emociones ✓ Disfrutar de las relaciones interpersonales ✓ Reconocer nuestras emociones 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conocimiento de las posibilidades y limitaciones personales ✓ Disfrute de las relaciones con otras personas ✓ Comprensión de los códigos de comunicación ✓ Participación en el desarrollo de diferentes actividades 	Ante cierta música, sonidos, películas, dibujos...

SESIÓN 3	OBJETIVOS	CONTENIDOS	DESARROLLO
Brainstormig	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Expresar nuestras emociones ✓ Desarrollar la espontaneidad ✓ Disfrutar de las relaciones interpersonales ✓ Desarrollar la cooperación 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desarrollo de la creatividad ✓ Disfrute de las relaciones con otras personas ✓ Comprensión de los códigos de comunicación 	Realizaremos una lluvia de ideas basándonos en la lectura de un cuento para modificarlo.
Reconoce la expresión	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aceptar nuestras posibilidades y limitaciones ✓ Conocer diferentes formas de comunicación ✓ Reconocer nuestras emociones 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conocimiento de las posibilidades y limitaciones personales ✓ Comprensión de los códigos de comunicación 	Les enseñamos dibujos de caras de personas con diferentes expresiones y los alumnos tienen que relacionar expresión-emoción.

SESIÓN 4	OBJETIVOS	CONTENIDOS	DESARROLLO
El debate	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desarrollar la cooperación ✓ Desarrollar la espontaneidad ✓ Disfrutar de las relaciones interpersonales ✓ Conocer diferentes formas de comunicación 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desarrollo de la creatividad ✓ Disfrute de las relaciones con otras personas ✓ Comprensión de los códigos de comunicación ✓ Participación en el desarrollo de diferentes actividades 	Se les da un tema en común a todos los niños, o separados por grupos, y se les deja expresarse enfatizando el respeto del turno de cada compañero.
Caras que expresan	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Expresar nuestras emociones ✓ Conocer diferentes formas de comunicación ✓ Reconocer nuestras emociones ✓ Desarrollar la creatividad 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desarrollo de la creatividad ✓ Comprensión de los códigos de comunicación ✓ Participación en el desarrollo de diferentes actividades 	Ahora los alumnos serán los encargados de dibujar en las caras en blanco el tipo de expresión que les digamos.

d) BLOQUE IV: ASERTIVIDAD

SESIÓN 1	OBJETIVOS	CONTENIDOS	DESARROLLO
La asertividad	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Trabajar desde el interior del alumno ✓ Reconocer los propios derechos y deberes ✓ Analizar las conductas que vulneran nuestros derechos 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Interiorización de emociones ✓ Conversación asertiva ✓ Reconocimiento de conductas que vulneran nuestros derechos 	La primera actividad es la de conocer la palabra, ya que muchos niños no saben ni que existe o tienen confusión respecto a su significado
¿Somos asertivos?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Trabajar desde el interior del alumno ✓ Decir lo que uno quiere sin herir los sentimientos de los demás ✓ Aprender a expresar los sentimientos de una manera clara ✓ Reconocer los propios derechos y deberes 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Interiorización de emociones ✓ Conversación asertiva ✓ Reconocimiento de conductas que vulneran nuestros derechos ✓ Expresión de sentimientos y necesidades 	Actividad de interiorización del concepto de asertividad, poniendo en común situaciones donde se da o no esta habilidad.

SESIÓN 2	OBJETIVOS	CONTENIDOS	DESARROLLO
Situaciones de tensión	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Trabajar desde el interior del alumno ✓ Decir lo que uno quiere sin herir los sentimientos de los demás ✓ Defender los propios derechos ✓ Reconocer los propios derechos y deberes 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Participación en situaciones varias para practicar la asertividad ✓ Interiorización de emociones ✓ Práctica de situaciones donde defender nuestros derechos ✓ Expresión de sentimientos y necesidades 	Se proponen diferentes situaciones tensas del día a día próximas a los niños y debatimos sobre consejos para poder afrontarlas
Reconozco la asertividad	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Defender los propios derechos ✓ Aprender a expresar los sentimientos de una manera clara ✓ Actuar de manera asertiva frente a situaciones diversas ✓ Reconocer los propios derechos y deberes 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Interiorización de emociones ✓ Conversación asertiva ✓ Reconocimiento de conductas que vulneran nuestros derechos ✓ Expresión de sentimientos y necesidades 	Vídeos de diferentes situaciones donde a veces se defienden los derechos y otras se vulneran. Los alumnos tendrán que identificar correctamente cada situación.

SESIÓN 3	OBJETIVOS	CONTENIDOS	DESARROLLO
Fotoimpresión	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Decir lo que uno quiere sin herir los sentimientos de los demás ✓ Aprender a expresar los sentimientos de una manera clara ✓ Actuar de manera asertiva frente a situaciones diversas ✓ Analizar las conductas que vulneran nuestros derechos 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Participación en situaciones varias para practicar la asertividad ✓ Conversación asertiva ✓ Expresión de sentimientos y necesidades ✓ Comunicación clara y directa 	A partir de una fotografía se inventa una posible situación donde prime la asertividad.
Me pongo en situación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Decir lo que uno quiere sin herir los sentimientos de los demás ✓ Actuar de manera asertiva frente a situaciones diversas ✓ Reconocer los propios derechos y deberes 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Participación en situaciones varias para practicar la asertividad ✓ Práctica de situaciones donde defender nuestros derechos ✓ Expresión de sentimientos y necesidades 	Puesta en común de las diferentes situaciones vistas en los vídeos y relacionarlas con situaciones personales donde les haya sucedido algo parecido, para después contarles a los demás cómo lo solucionaron.

SESIÓN 4	OBJETIVOS	CONTENIDOS	DESARROLLO
Transformación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Trabajar desde el interior del alumno ✓ Defender los propios derechos ✓ Aprender a expresar los sentimientos de una manera clara ✓ Reconocer los propios derechos y deberes 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Interiorización de emociones ✓ Conversación asertiva ✓ Reconocimiento de conductas que vulneran nuestros derechos ✓ Expresión de sentimientos y necesidades 	<p>Practicamos todo lo que hemos aprendido recordando situaciones en nuestra vida donde no fuimos asertivos, y añadiendo cómo lo haríamos ahora que manejamos mejor esta habilidad.</p>
Teatro asertivo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Decir lo que uno quiere sin herir los sentimientos de los demás ✓ Defender los propios derechos ✓ Aprender a expresar los sentimientos de una manera clara ✓ Actuar de manera asertiva frente a situaciones diversas 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Participación en situaciones varias para practicar la asertividad ✓ Interiorización de emociones ✓ Práctica de situaciones donde defender nuestros derechos ✓ Comunicación clara y directa 	<p>Les pongo situaciones nuevas donde se les da una introducción y ellos tienen que realizar un role-playing donde desarrollen con iniciativa propia qué harían en dicha situación.</p>

4.9 RECURSOS

a) Recursos humanos

El proyecto estará dirigido por psicopedagogos, el número dependerá del tipo de actividad, si es individual o en grupo y en el caso de que sea en grupo, dependerá del número de asistentes, intentando en todo caso que sea un grupo reducido para poder desarrollar cada actividad de manera satisfactoria.

b) Recursos materiales

Unos más generales como ordenador, conexión a Internet, altavoces, lapiceros, pinturas, bolígrafos, folios de diferentes tamaños, sillas, mesas, alfombra (para actividades en el suelo). Y otros más específicos como pomperos, revistas, cuentos, películas, punzones y almohadillas, fichas de dominó gigantes que pueden elaborar los propios niños...

c) Instalaciones

Como se ha descrito anteriormente, este proyecto está diseñado para el centro Fundaicyl, por lo que se dispondrá de las instalaciones propias del centro, en concreto sus diferentes aulas dependiendo del tipo de actividad a realizar.

d) Recursos económicos

Este proyecto contará con la financiación del propio centro Fundaicyl, el cual podrá destinar parte de su presupuesto al desarrollo de este programa de intervención psicopedagógica.

4.10 TEMPORALIZACIÓN

Dado que en Fundaicyl destinan una parte de un día de la semana, en concreto los viernes, para realizar talleres, este proyecto se podrá integrar en los mismos con una duración aproximada de 4 meses, donde cada sesión corresponda al desarrollo en un día; como otros aspectos esta temporalización será flexible y podrá ser adaptada a gusto de los psicopedagogos y personal del centro, siempre recomendando la posibilidad de alargar la intervención pero nunca acortar para que no menguar la eficacia del mismo.

INTERVENCIÓN	TEMPORALIZACIÓN															
	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO			
B1: AUTOCONTROL																
Sesión 1	X															
Sesión 2		X														
Sesión 3			X													
Sesión 4				X												
B2: ATENCIÓN - OBSERVACIÓN																
Sesión 1					X											
Sesión 2						X										
Sesión 3							X									
Sesión 4								X								
B3: EXPRESIÓN																
Sesión 1									X							
Sesión 2										X						
Sesión 3											X					
Sesión 4												X				
B4: ASERTIVIDAD																
Sesión 1													X			
Sesión 2														X		
Sesión 3															X	
Sesión 4																X

Tabla 3: Temporalización de la Intervención Psicopedagógica

4.11 EVALUACIÓN

Como parte fundamental del proyecto nos encontramos con la evaluación del mismo. Esta fase nos va a permitir detectar y rectificar los aspectos que no estaban previstos para mejorar aún más el proyecto a desarrollar en años futuros.

La evaluación se desarrollará de **forma interna** por parte de los psicopedagogos y demás personal del centro, además de por los niños, ya que son la parte esencial del mismo; y de **forma externa** recopilando información aportada por la familia de los niños participantes en la intervención respecto a impresiones, comentarios o actitud de los niños en casa después de cada sesión y en los días posteriores, observación en el desarrollo en el día a día de estas habilidades sociales, entre otros aspectos que quieran destacar las familias.

Además, se pasará la **Escala de evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad EDAH (Farré y Narbona, 2013)** antes de comenzar la intervención y después de haber finalizado todo el proceso. Esta escala se aplica de manera individual, tiene una duración de 5 a 10 minutos y está pensada para niños de 6 a 12 años, mide los principales rasgos del TDAH y de los Trastornos de Conducta que puedan coexistir con el síndrome.

En concreto se cumplimentará la hoja registro de cada sesión con **criterios de evaluación** basados en los objetivos de la propia intervención y **aspectos relativos a cada sesión**, los cuales valorarán del 1 al 5, siendo 1 el menor grado de consecución obtenido y siendo 5 el mayor grado de consecución obtenido.

a) CRITERIOS DE EVALUACIÓN DEL BLOQUE I: AUTOCONTROL

1. Reconocer los puntos fuertes de uno mismo
2. Expresar adecuadamente las propias emociones
3. Afrontar situaciones estresantes
4. Superar la impulsividad
5. Conseguir no tomarnos a la defensiva situaciones cotidianas.
6. Dirigir la propia ansiedad de forma favorable
7. Construir emociones positivas

b) CRITERIOS DE EVALUACIÓN DEL BLOQUE II: ATENCIÓN-OBSERVACIÓN

1. Focalizar la atención
2. Interpretar ritmos
3. Desarrollar la capacidad de búsqueda de características
4. Conseguir mayor rapidez viso-motriz
5. Construir una mejor percepción visual
6. Discriminar las variables del entorno
7. Aprender a identificar semejanzas y diferencias
8. Reconocer esquemas visuales

c) CRITERIOS DE EVALUACIÓN DEL BLOQUE III: EXPRESIÓN

1. Calificar nuestras emociones
2. Expresar nuestras emociones
3. Disfrutar de las relaciones interpersonales
4. Establecer una cooperación con los demás
5. Demostrar espontaneidad en determinadas situaciones
6. Conocer diferentes formas de comunicación
7. Aceptar nuestras posibilidades y limitaciones
8. Desarrollar la creatividad

d) CRITERIOS DE EVALUACIÓN DEL BLOQUE IV: ASERTIVIDAD

1. Contrastar conductas que vulneran nuestros derechos
2. Actuar de manera asertiva
3. Expresar los sentimientos de una manera clara
4. Reconocer los propios derechos y deberes
5. Defender los propios derechos
6. Decir lo que uno quiere sin herir los sentimientos de los demás

e) ASPECTOS RELATIVOS A DESARROLLAR EN CADA SESIÓN

1. Grado de satisfacción en el desarrollo de la sesión en general
2. Adecuación de la temática
3. Comportamiento e interés de los niños
4. Implicación del psicopedagogo y demás personal del centro
5. Adecuación del tiempo dedicado a la sesión
6. Problemas detectados en el desarrollo de las actividades
7. Puntos fuertes de la sesión
8. Adecuación de las técnicas utilizadas
9. Funcionalidad de las actividades
10. Otras observaciones a destacar

En total se realizarán de forma interna 16 evaluaciones/registros los cuales se sumarán a las impresiones de la familia o evaluación externa. Con todo esto se completará la evaluación total.

Como todo proyecto esto no acaba aquí; se realizará una evaluación con unos criterios específicos relacionados con el comportamiento de los niños tanto fuera como dentro del centro, una vez que hayan pasado de 6 a 12 meses. El psicopedagogo atenderá a cada familia de forma personal para comprobar que la intervención psicopedagógica se ha desarrollado de forma satisfactoria y/o hay que ajustar algunos aspectos para su mejora.

Para apoyar todos estos registros utilizaremos los siguientes instrumentos de evaluación:

- a) Anotaciones en cuadernos – diario de cada taller-actividad
- b) Anotaciones por parte de los especialistas del centro
- c) Fichas/trabajos realizados por los alumnos del centro
- d) Los propios registros
- e) Entrevistas a las familias

4.12 REFLEXIÓN Y CONCLUSIONES

Con este TFM se ha pretendido hacer un recorrido por los principales aspectos que caracterizan al TDAH, para fundamentar la necesidad de trabajar con estas personas el desarrollo de Habilidades Sociales para una vida mejor.

Hay que hacer hincapié en la importancia de la implicación del entorno para el correcto desarrollo evolutivo, cognitivo y social de estos niños. Con esta intención se ha diseñado la propuesta de intervención, como herramienta directa para los psicopedagogos e indirecta para las familias de estos niños.

El diseño de esta intervención psicopedagógica se ha pensado para realizarlo de forma profesional y lúdica a la vez, ya que la motivación en estos niños es clave para generar un sentimiento de superación diaria, además al estar diseñado para realizar en el centro Fundaicyl, contando con este carácter lúdico se generará un ambiente familiar, de confianza y un buen clima.

Se trata de un proyecto muy completo al estar desarrollado en bloques de contenido y a su vez estructurado en sesiones con sus correspondientes actividades, con ello se conseguirá una intervención integral.

Para una mayor reflexión sobre el diseño de la intervención realizaré un balance y análisis remitiéndome al **grado de cumplimiento de los objetivos, tanto general como específicos** propuestos en este TFM.

- a) El objetivo general *Diseñar una propuesta de intervención para estimular el desarrollo de las habilidades sociales en niños con TDAH* se ha cumplido al haber planteado una propuesta de intervención con sus correspondientes objetivos, contenidos, actividades, recursos, dentro de una temporalización y metodología, con sus correspondientes criterios de evaluación y para un público objetivo o destinatarios procedentes de un contexto particular. Es un diseño de intervención realista y adaptado a las características y necesidades de estos niños y además perfectamente realizable en el centro propuesto.
- b) El objetivo específico *Revisar bibliografía actualizada sobre TDAH para conocer las aportaciones de las últimas investigaciones sobre este trastorno* está cumplido, ya que este TFM ha estado en constante apoyo y consulta de referencias actualizadas la cual está especificada en el apartado de Bibliografía.
- c) El objetivo específico *Analizar las características básicas de la personalidad y desarrollo evolutivo del TDAH* está conseguido remitiéndome de nuevo a la consulta de bibliografía actualizada y análisis de la misma para extraer todas las características del TDAH, contrastando unas con otras y extrayendo diferentes conclusiones de las diversas referencias.
- d) El objetivo específico *Valorar la relevancia de las habilidades sociales en el proceso educativo de niños con TDAH*, se ha alcanzado gracias a toda la importancia que se ha dado a lo largo del desarrollo del

TFM a las habilidades sociales en relación con estos niños, cómo se deben trabajar, para qué y los buenos resultados que podemos obtener.

- e) Por último el objetivo específico *Integrar las habilidades sociales en el desarrollo diario de niños con TDAH*, se ha cumplido, ya que el diseño de la intervención propuesta consigue que se pueda integrar este desarrollo en el día a día de estos niños para que, de manera progresiva, lo integren y puedan tener una mejor calidad de vida.

Por otra parte, este TFM reúne las **competencias generales del Máster Universitario de Psicopedagogía**, las cuales son:

- G1.** Resolver problemas en entornos nuevos o poco conocidos –de forma autónoma y creativa- y en contextos más amplios o multidisciplinares.
- G2.** Tomar decisiones a partir del análisis reflexivo de los problemas, aplicando los conocimientos y avances de la psicopedagogía con actitud crítica y hacer frente a la complejidad a partir de una información incompleta.
- G3.** Comunicar las decisiones profesionales y las conclusiones, así como los conocimientos y razones últimas que las sustentan a públicos especializados y no especializados, de manera clara y sin ambigüedades.
- G4.** Tomar conciencia de las creencias y estereotipos sobre la propia cultura y las otras culturas o grupos y de las implicaciones sobre su actuación profesional y potenciar el respeto de las diferencias individuales y sociales.
- G5.** Responder y actuar de manera adecuada y profesional, teniendo en cuenta el código ético y deontológico de la profesión, en todos y cada uno de los procesos de intervención.
- G6.** Actualizarse de manera permanente en las TIC para utilizarlas como instrumentos para el diseño y desarrollo de la práctica profesional.
- G7.** Implicarse en la propia formación permanente, reconocer los aspectos críticos que ha de mejorar en el ejercicio de la profesión, adquiriendo independencia y autonomía como discente y responsabilizándose del desarrollo de sus habilidades para mantener e incrementar la competencia profesional.

Además, reúne también las específicas de este Máster, que son las siguientes:

- E 1.** Diagnosticar y evaluar las necesidades socioeducativas de las personas, grupos y organizaciones a partir de diferentes metodologías, instrumentos y técnicas, tomando en consideración las singularidades del contexto.

E 2. Asesorar y orientar a los profesionales de la educación y agentes socioeducativos en la organización, el diseño e implementación de procesos y experiencias de enseñanza aprendizaje, facilitando la atención a la diversidad y la igualdad de oportunidades.

E 3. Aplicar los principios y fundamentos de la orientación al diseño de actuaciones favorecedoras del desarrollo personal y/o profesional de las personas.

E 4. Diseñar, implementar y evaluar prácticas educativas, programas y servicios que den respuesta a las necesidades de las personas, organizaciones y colectivos específicos.

E 5. Planificar, organizar e implementar servicios psicopedagógicos.

E 6. Aplicar los fundamentos y principios básicos de la gestión a la planificación de acciones de coordinación y liderazgo de equipos psicopedagógicos favoreciendo el trabajo en red entre los diferentes agentes e instituciones socioeducativas.

E 7. Analizar, interpretar y proponer actuaciones, teniendo en cuenta las políticas educativas derivadas de un contexto social dinámico y en continua evolución.

E 8. Formular nuevas propuestas de mejora de la intervención psicopedagógica, fundamentadas en los resultados de la investigación psicopedagógica.

Finalmente, decir que este TFM ha seguido una línea adecuada para su éxito ya que, realizando un recorrido por el mismo lo podemos comprobar con sus diferentes apartados:

1. Una **introducción y justificación**, donde se relata el por qué de la elección de la temática de la relación de las habilidades sociales con los niños con TDAH.
2. Unos **objetivos**, tanto general como específicos para centrarnos en lo que se pretende conseguir con este proyecto.
3. Una **fundamentación teórica y conceptual** aclarando conceptos y características del TDAH, así como realizando un recorrido histórico para situarnos, además de analizar el protocolo a seguir con estos niños, una crítica existente en la sociedad respecto al marketing que engloba a este trastorno, para introducirnos en el siguiente apartado hemos mencionado la importancia del desarrollo de habilidades sociales en estos niños y por último hemos realizado un recorrido por la normativa que existe en relación al TDAH y al diseño de la intervención que se ha realizado en este TFM.
4. Un apartado específico con la **propuesta de intervención**, la cual se ha introducido y después desglosado en el contexto y destinatarios para los que está diseñada, en objetivos, tanto generales como específicos, contenidos, metodología, actividades, recursos a utilizar, así como la temporalización y evaluación de la misma y un último punto realizando una reflexión y conclusión de la propuesta.

5. Por último, el lector encontrará la secuencia de **Bibliografía y Recursos Web** utilizados para la elaboración de este TFM y un último apartado de **Anexos** con información útil relacionada con este trabajo.

Añadir en última estancia que personalmente, me gustaría que este diseño de intervención psicopedagógica pudiera ser aplicado en un futuro próximo, ya que lo veo necesario y al haber realizado mis prácticas en Fundaicyl he podido comprobar la eficacia de actividades parecidas, relacionadas con las habilidades sociales. Los niños se beneficiarían en gran medida al igual que el personal que trabaja en el centro y, por supuesto, las familias de estos niños.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar Millastre, C. (2014) *TDAH y dificultades de aprendizaje. Guía para padres y educadores*. Valencia: Diálogo.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana
- Bauermeister, J.J. (2014) *Hiperactivo, impulsivo, distraído ¿Me conoces? Guía acerca del déficit atencional (TDAH) para padres, maestros y profesionales*. Nueva York: The Guildford Press.
- Bilbao, A. (2015) *El cerebro del niño explicado a los padres*. Barcelona: Plataforma Editorial.
- Bona García, C. (2015) *La nueva educación. Los retos y desafíos de un maestro de hoy*. Barcelona: Plaza Janés.
- Cobo San Miguel, R. (2006) *Mi hijo es hiperactivo*. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias, S.A.
- Decreto 26/2016, de 21 de julio, por el que se establece el currículo y se regula la implantación, evaluación y desarrollo de la Educación Primaria en la Comunidad de Castilla y León. *Boletín Oficial de Castilla y León*, 25 de julio de 2016, núm. 142.
- Decreto 122/2007, de 27 de diciembre, por el que se establece el currículo del segundo ciclo de la Educación Infantil en la Comunidad de Castilla y León. *Boletín Oficial de Castilla y León*, 2 de enero de 2008, núm. 1.
- Farré, A. y Narbona, J. (2013). *EDAH. Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*. Madrid: TEA Ediciones.
- Fundació Sant Joan de Déu (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.
- Fundación de Ayuda a la Infancia de Castilla y León (2018) *Jornada de Innovación Educativa: Tu educación es mi compromiso*. Valladolid.
- Garrido-Landívar, E. (2017) *500 preguntas y respuestas sobre la Hiperactividad (TDAH)*. Pamplona: Ediciones Eunate.
- Láziz Álvarez, M. C., Requejo Gutiérrez, M., Silvano Toquero, J. J. y Velasco Velado, M. C. (2016) *Protocolo de coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Castilla y León: Gerencia Regional de Salud.
- Lecumberri Urabayen, M. M. (2016). *Comprendiendo el TDAH. Guías de Psicología y Salud*. Jaén: Formación Alcalá.
- Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre para la mejora de la calidad educativa *Boletín Oficial del Estado*, 10 de diciembre de 2013, núm. 295.

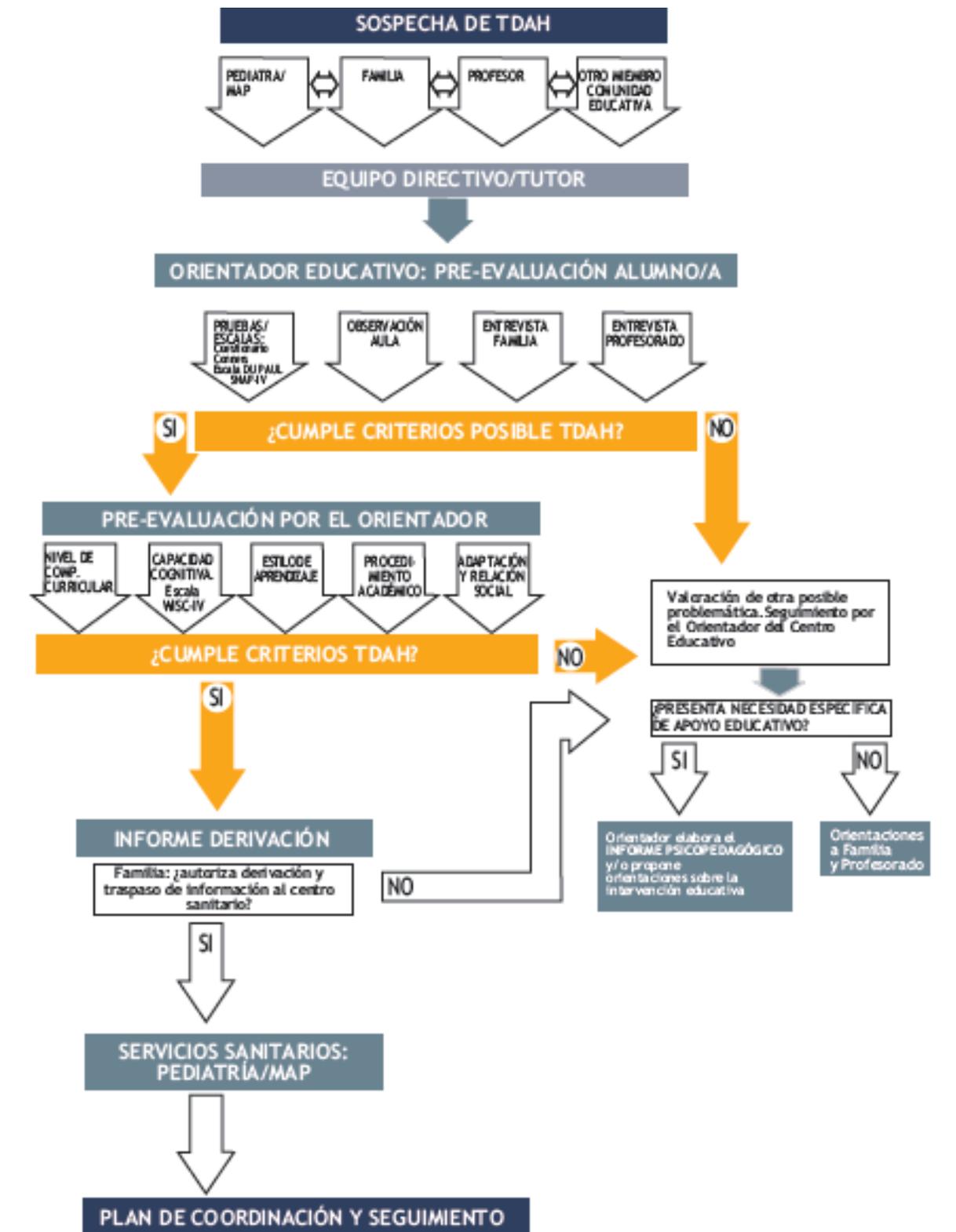
- López Sánchez, G. F., López Sánchez, L., Díaz Suárez, A. (2015) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y actividad física. *EmásF: Revista digital de educación física, Volumen (32)*, 53-65. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5381927>
- Martínez Martín, M. A. (2013). *Todo sobre el TDAH. Guía para la vida diaria. Avances y mejoras como labor de equipo*. Madrid: Alcaria.
- National Institute for Health and Care Excellence (2018) *NICE Guideline. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management*. Recuperado de [https://www.adolescenciasema.org/ficheros/articulosparaprofesionales/documentos/Neurologia aysaludmental/attention-deficit-hyperactivity%20NICE%202018.pdf](https://www.adolescenciasema.org/ficheros/articulosparaprofesionales/documentos/Neurologia%20aysaludmental/attention-deficit-hyperactivity%20NICE%202018.pdf)
- ORDEN EDU/362/2015, de 4 de mayo, por la que se establece el currículo y se regula la implantación, evaluación y desarrollo de la educación secundaria obligatoria en la Comunidad de Castilla y León. *Boletín Oficial de Castilla y León*, 8 de mayo de 2015, núm. 86.
- ORDEN EDU/363/2015, de 4 de mayo, por la que se establece el currículo y se regula la implantación, evaluación y desarrollo del bachillerato en la Comunidad de Castilla y León. *Boletín Oficial de Castilla y León*, 8 de mayo de 2016, núm. 86.
- ORDEN EDU/371/2018, de 2 de abril, por la que se modifica la Orden EDU/1152/2010, de 3 de agosto, por la que se regula la respuesta educativa al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo escolarizado en el segundo ciclo de Educación Infantil, Educación Secundaria Obligatoria, Bachillerato y Enseñanzas de Educación Especial, en los centros docentes de la Comunidad de Castilla y León. *Boletín Oficial de Castilla y León*, 12 de abril de 2018, núm. 71.
- ORDEN EDU/1152/2010, de 3 de agosto, por la que se regula la respuesta educativa al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo escolarizado en el segundo ciclo de Educación Infantil, Educación Primaria, Educación Secundaria Obligatoria, Bachillerato y Enseñanzas de Educación Especial, en los centros docentes de la Comunidad de Castilla y León. *Boletín Oficial de Castilla y León*, 13 de agosto de 2010, núm. 156.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Clasificación Internacional de las Enfermedades (Décima revisión)*
- Ortega Tapia, S. (2013). *Tratamiento del TDAH*. Recuperado de <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tratamiento-del-tdah.html>
- Ortega Tapia, S. (2012). *Cómo evaluar el TDAH*. Recuperado de <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/instrumentos-para-evaluar-el-tdah.html>
- Real Decreto 126/2014, de 28 de febrero, por el que se establece el currículo básico de la Educación Primaria. *Boletín Oficial del Estado*, 1 de marzo de 2014, núm. 52.

- Real Decreto 1105/2014, de 26 de diciembre, por el que se establece el currículo básico de la Educación Secundaria Obligatoria y del Bachillerato. *Boletín Oficial del Estado*, 3 de enero de 2015, núm. 3.
- Real Decreto 1630/2006, de 29 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas del segundo ciclo de Educación Infantil. *Boletín Oficial del Estado*, 4 de enero de 2007, núm. 4.
- Ubieto, J. R. (2014) *TDAH Hablar con el cuerpo*. Barcelona: UOC.
- Young, S., Fitzgerald, M. y Postma, M.J. (2013) *Libro Blanco del TDAH. TDAH: hacer visible lo invisible*. Recuperado de <https://consaludmental.org/centro-documentacion/tdah-hacer-visible-lo-invisible-16575/>

6. ANEXOS

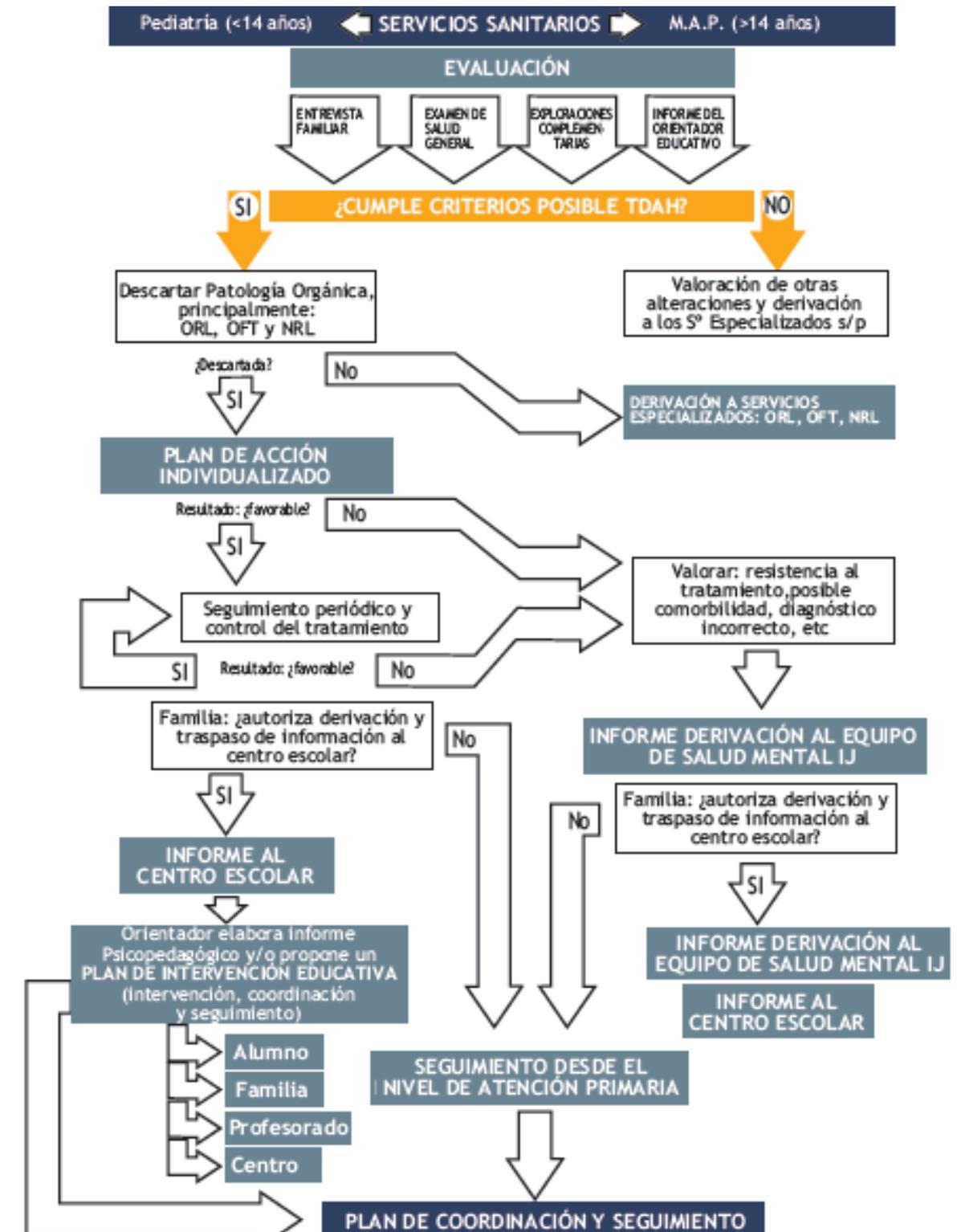
6.1 DETECCIÓN TEMPRANA DE TDAH.

(Recuperado de *Protocolo de coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad*, 2016)



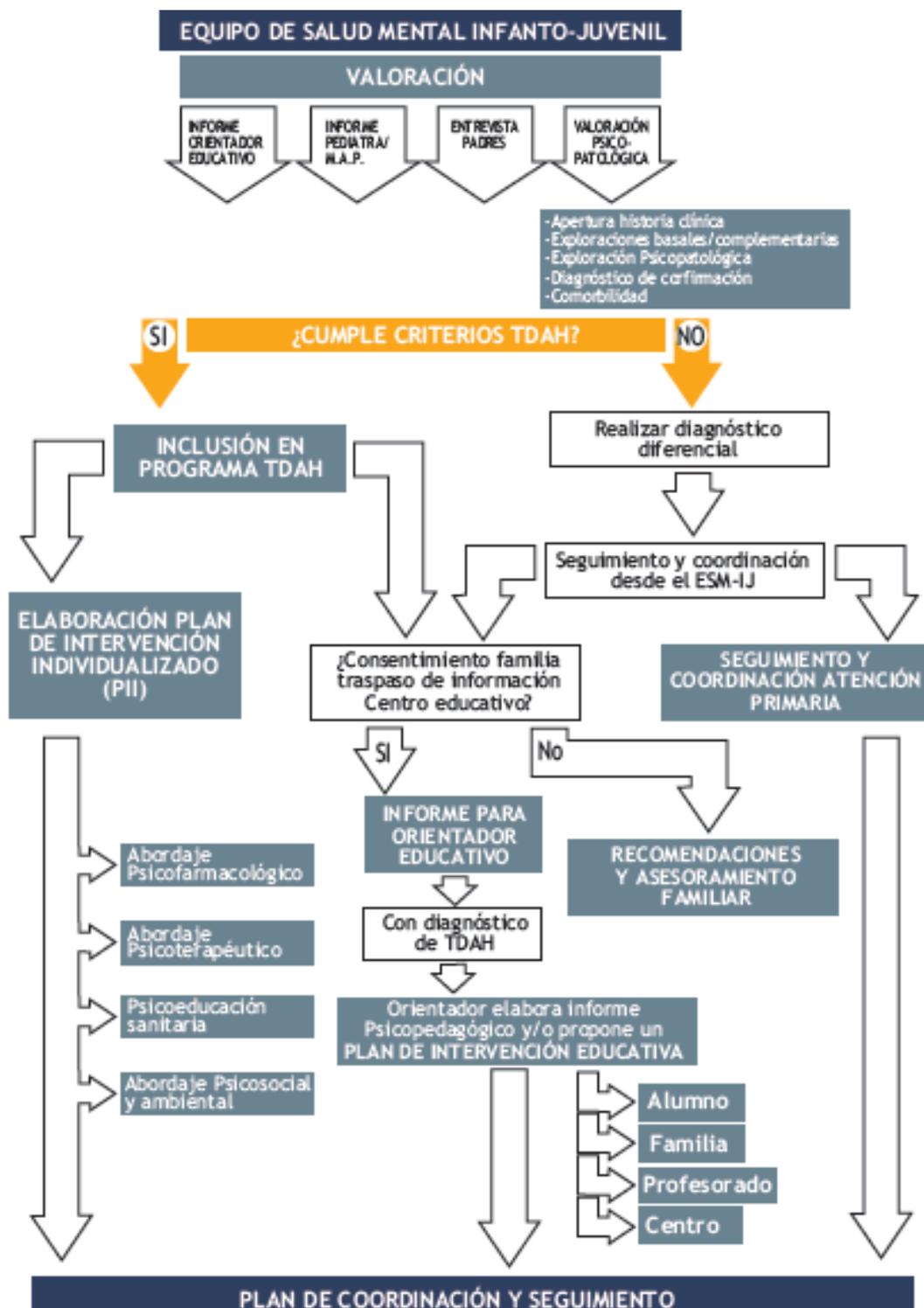
6.2 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

(Recuperado de *Protocolo de coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad*, 2016)



6.3 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

(Recuperado de *Protocolo de coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad*, 2016)



6.4 DETECCIÓN TEMPRANA DE TDAH.

(Recuperado de *Protocolo de coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad*, 2016)

1. **ASESORÍA FAMILIAR:** Atención y orientación prestada a los familiares del paciente y a sus educadores para apoyar y facilitar la comprensión del Trastorno y las distintas opciones de tratamiento e intervenciones a llevar a cabo.
2. **COMPETENCIA CURRICULAR:** Es el conjunto de habilidades cognitivas, procedimentales y actitudinales que posee el alumno respecto al currículo ordinario.
3. **EQUIPOS DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA Y PSICOPEDAGÓGICA:** Son equipos de carácter interdisciplinar. De forma genérica su función es prestar un servicio de asesoramiento y apoyo a la comunidad educativa especialmente en los niveles de Educación Infantil y de Educación Primaria.
4. **CONSULTORÍA:** Medio de coordinación que permite a través del contacto entre profesionales/niveles asistenciales la solución a un problema concreto, el conocimiento de una situación, el seguimiento de un proceso, etc. redundando en una mejora en la atención prestada al paciente.
5. **INFORME PSICOPEDAGÓGICO:** Es un documento realizado por los especialistas de Orientación Educativa que refleja de forma clara y completa la situación evolutiva y educativa actual del alumno en los diferentes contextos de desarrollo o enseñanza, concreta su necesidad específica de apoyo educativo, si la tuviera, y por último, orienta la propuesta organizativa y curricular del centro y para el alumno, así como el tipo de ayuda que puede necesitar durante su escolarización para facilitar y estimular su progreso.
6. **ORIENTADOR EDUCATIVO:** Es un profesional de la educación del cuerpo de Profesores de Enseñanza Secundaria de la especialidad de Orientación Educativa. Entre las funciones que tiene encomendadas se encuentra la valoración de las necesidades específicas de apoyo educativo y la elaboración del Informe Psicopedagógico y, en su caso, del dictamen de escolarización.
7. **PLAN DE COORDINACIÓN Y SEGUIMIENTO:** Conjunto de actividades desarrolladas por los distintos agentes que intervienen en el proceso de atención al TDAH, familia, servicios educativos y servicios sanitarios, encaminadas a facilitar la comunicación y transmisión de la información entre los profesionales y el paciente/discente y su familia con el objeto de garantizar el éxito de las intervenciones y la continuidad asistencial a lo largo del proceso.
8. **PLAN DE ACCIÓN INDIVIDUALIZADO:** Plan sanitario efectuado desde el nivel de Atención Primaria en el que se incorporan intervenciones psicofarmacológicas, psicoeducativas

dirigidas al menor y la familia, intervenciones familiares, socioambientales y comportamentales, con el fin de proporcionar una atención integral e integrada para cada caso.

9. **PLAN DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA:** Plan para dar respuesta a las necesidades educativas del alumno, basándose en los principios de normalización, inclusión y sectorización de los recursos. Incluye actividades de intervención, coordinación y seguimiento con alumno, familia, profesorado y centro. Para su elaboración se tendrán en cuenta las orientaciones establecidas en el Informe Psicopedagógico.
10. **PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUALIZADO:** Plan sanitario efectuado desde el Equipo de Salud Mental Infanto-juvenil, en el que se efectúa una intervención global sobre el paciente abarcando aspectos: farmacológicos, psicoterapéuticos, psicosociales, psicoeducativos y familiares, cuyo objetivo principal es proporcionar Protocolo de coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
11. **PSICOEDUCACIÓN SANITARIA:** La psicoeducación sanitaria tiene por objeto favorecer el conocimiento del trastorno, proporcionar información al paciente y su familia acerca de las características de la enfermedad y enseñarles estrategias para afrontar distintas situaciones mejorando su calidad de vida.
12. **SESIONES CLÍNICAS EDUCATIVAS:** Reuniones participativas e interactivas del Equipo multidisciplinar con fines didácticos en las que se exponen casos clínicos, se diseñan líneas de actuación, abordaje de conflictos y resolución de problemas, debatiendo y consensuando las opciones presentadas.

6.5 INFORME DE DERIVACIÓN, DE POSIBLE ALUMNO CON TDAH, DEL ORIENTADOR EDUCATIVO PARA EL SERVICIO SANITARIO

(Recuperado de *Protocolo de coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad*, 2016)

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A:

Nombre			
Apellidos			
F. nacimiento		Edad	
Domicilio			
Localidad		C. Postal	
Provincia		Teléfono	
CENTRO EDUCATIVO			
	Etapa educativa		Curso

DATOS DEL ORIENTADOR EDUCATIVO:

Orientador/a			
Dirección		Población	
Provincia		C. Postal	
Teléfono		Fax	
		Correo electrónico	

DATOS Y ASPECTOS RELEVANTES DE LA HISTORIA FAMILIAR, ESCOLAR, CONDICIONES PERSONALES DE SALUD Y OTROS FACTORES DE RIESGO DEL ALUMNO:

--

TÉCNICAS Y PRUEBAS APLICADAS Y RESULTADOS OBTENIDOS:

PRUEBA	FECHA DE APLICACIÓN	RESULTADO
Escala Conners Escala Du Pau para padres y profesores SNAP-IV		
Escala WISC-IV		

IDENTIFICACIÓN DE LAS DIFICULTADES QUE PRESENTA:
Necesidades de tipo personal
Aspectos cognitivos
Equilibrio personal o afectivo-emocional
Relación interpersonal y adaptación social
Desarrollo Psicomotor
Desarrollo comunicativo-lingüístico
Necesidades de tipo curricular
Aspectos de tipo socio - familiar a considerar

ACTUACIONES REALIZADAS CON EL ALUMNO/A:
En el contexto escolar
En el contexto socio - familiar

En a de de 20

Sello
del EOE/Centro

Firma del orientador/a

6.6 SOLICITUD DE INFORMACIÓN A SERVICIOS EDUCATIVOS

(Recuperado de *Protocolo de coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad*, 2016)

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE:

Nombre			
Apellidos			
F. nacimiento		Edad	
Domicilio			
Localidad		C. Postal	
Provincia		Teléfono	

DATOS DEL SERVICIO DE SALUD:

<input type="checkbox"/> CENTRO DE SALUD:			
Dr.			
Dirección		Localidad	
Provincia		C. Postal	
Teléfono		Fax	
Correo electrónico			

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

--

SOLICITUD:

Evaluación o Informe realizado por el Orientador educativo del Centro Escolar.

En a de de 20

Sello

Firma del médico/a

6.7 INFORME DE POSIBLE PACIENTE CON TDAH, DEL CENTRO DE SALUD PARA LOS SERVICIOS EDUCATIVOS

(Recuperado de *Protocolo de coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad*, 2016)

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A:

Nombre			
Apellidos			
F. nacimiento		Edad	
Domicilio			
Localidad		C. Postal	
Provincia		Teléfono	

DATOS DEL SERVICIO DE SALUD:

CENTRO DE SALUD:			
Dr. _____			
Dirección		Localidad	
Provincia		C. Postal	
Teléfono		Fax	
Correo electrónico			

ACTUACIONES REALIZADAS Y RESULTADOS OBTENIDOS:

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	RESULTADO

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

TRATAMIENTO:

CONCLUSIONES

En a de de 20

Sello

Firma del médico/a

6.8 INFORME, DE POSIBLE PACIENTE CON TDAH, DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL PARA LOS SERVICIOS EDUCATIVOS

(Recuperado de *Protocolo de coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad*, 2016)

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A:

Nombre			
Apellidos			
F. nacimiento		Edad	
Domicilio			
Localidad		C. Postal	
Provincia		Teléfono	

DATOS DEL SERVICIO DE SALUD:

EQUIPO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL:

	Dr.		
Dirección		Localidad	
Provincia		C. Postal	
Teléfono		Fax	
Correo electrónico			

ACTUACIONES REALIZADAS Y RESULTADOS OBTENIDOS:

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	RESULTADO

DIAGNÓSTICO (indicar, en su caso, otros trastornos comórbidos¹⁰):

¹⁰ Especial interés en trastornos del comportamiento por su repercusión en el ámbito escolar.

TRATAMIENTO:

MECANISMOS DE COORDINACIÓN Y SEGUIMIENTO:

CONCLUSIONES

En a de de 20

Sello

Firma del médico/a

6.9 AUTORIZACIÓN TRASPASO DE INFORMACIÓN A SERVICIOS SANITARIOS/EDUCATIVOS

(Recuperado de *Protocolo de coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad*, 2016)

D/Dña.:
D/Dña.:

en calidad de padre / madre / tutor o tutora (táchese lo que no proceda) del alumno/a

Manifiestan:

- Dar el consentimiento**
 No dar consentimiento

para que la información referente al trastorno que pueda afectar a mi hijo/hija/tutelado esté a disposición de los profesionales sanitarios/educativos (*tachar lo que no proceda*) que van a intervenir en el proceso de atención del mismo.

Los datos serán usados únicamente por los profesionales de estos servicios con fines educativos y sanitarios, y mantendrán el régimen de protección de datos que dispone la legislación vigente

En a de de 20

Nombre y Firma
Padre/Tutor legal

Nombre y Firma
Madre/Tutora legal

6.10 ESCALA PARA EVALUACIÓN DEL TDAH - EDAH

(Recuperado de <https://es.slideshare.net/jarbe/edab>)

E D A H HOJA DE ANOTACIÓN

NOMBRE: _____
 INSTITUCIÓN: _____
 EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA: _____

RESPONDA A CADA CUESTION RODEANDO UN CIRCULO EL GRADO EN QUE EL ESTUDIANTE PRESENTA CADA UNA DE LAS CONDUCTAS DESCRITAS

NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
0	1	2	3

1	Tiene excesiva inquietud motora	0	1	2	3	H
2	Tiene dificultades de aprendizaje escolar	0	1	2	3	DA
3	Molesta frecuentemente a otros niños	0	1	2	3	H
4	Se distrae fácilmente, muestra escasa atención	0	1	2	3	DA
5	Exige inmediata solución a sus demandas	0	1	2	3	H
6	Tiene dificultad para las actividades cooperativas	0	1	2	3	TC
7	Está en las nubes , ensimismado	0	1	2	3	DA
8	Deja por terminar las tareas que empieza	0	1	2	3	DA
9	Es mal aceptado por el grupo	0	1	2	3	TC
10	Niega sus errores o echa la culpa a otros	0	1	2	3	TC
11	A menudo grita en situaciones inadecuadas	0	1	2	3	TC
12	Contesta con facilidad. Es irrespetuoso, arrogante	0	1	2	3	TC
13	Se mueve constantemente, intranquilo	0	1	2	3	H
14	Discute y pelea por cualquier cosa	0	1	2	3	TC
15	Tiene explosiones impredecibles de mal genio	0	1	2	3	TC
16	Le falta sentido de la regla, del "juego limpio"	0	1	2	3	TC
17	Es impulsivo e irritable	0	1	2	3	H
18	Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros	0	1	2	3	TC
19	Sus esfuerzos se frustran fácilmente, inconstante	0	1	2	3	DA
20	Acepta mal las indicaciones del profesor	0	1	2	3	TC

RESUMEN DE PUNTUACIONES	BAREMO	H	DA	TC	H+DA	H+DA+TC
	PD					
	CENTIL					

6.11 ASOCIACIONES DE AFECTADOS POR TDAH CASTILLA Y LEÓN

Federación de Asociaciones de C/L – TDAH

FACyL-TDAH

C/ Pío del Río Horteiga, 2 bajo local 17

47013 Valladolid

E-mail: romanbreton@hotmail.com

Fundación de Ayuda a la Infancia de C/L

FUNDAICYL

C/ Campo de Gomara, 1,

47008 Valladolid

Tfno. 983 221 889, 630 951 900.

Asociación Burgalesa de personas afectadas por el trastorno de déficit de atención e hiperactividad

ABUDAH

Centro Socio-Sanitario “Graciliano Urbaneja”

Pº Comendadores, s/n

09001 Burgos

Tfno. 646 254 333, 609 938 721

E-mail: asociacion_abudah@yahoo.es

Asociación Arandina de TDAH y TGD

Centro Comercial Isilla, 3 - 3ª planta Of. G

09400 Aranda de Duero – Burgos

Tfno. 638 023 816, 680 455 269

E-mail: a.a.tdh@orangemail.es

Asociación Leonesa de afectados por el trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad

ALENHI

C/ Cardenal Lorenzana, 1 - 1ªA

24008 León

Tfno. 987 248 177, 669 867 949

E-mail: info@alenzi.org

**Asociación de afectados por el trastorno de déficit de atención
con y sin hiperactividad**

ADAHIAS

Plza. San Miguel, 4 -CEAS-

24700 Astorga – León

Tfno. 987 079 025, 673 526 008

E-mail: adahias@gmail.com

Asociación de déficit de atención con o sin hiperactividad de El Bierzo

ADAHBI

C/ San Fructuoso, 28 - 3ªA

24400 Ponferrada – León

Tfno. 686 025 035

E-mail: adahbierzo@gmail.com, maracha@hotmail.com

**Asociación Palentina de afectados por el trastorno de déficit
de atención e hiperactividad**

Centro Social “Pan y Guindas”

C/ Quito, s/n

34003 Palencia

Tfno. 979 110 330, 663 803 898

E-mail: info@tdah-palencia.org

Asociación Salmantina de niños hiperactivos

ASANHI

C/ La Bañeza, 7

37006 Salamanca

Tfno. 671 487 316, 664 844 058

E-mail: info@asanhi.org, carrocenasjm@telefonica.net

Asociación Vallisoletana de familiares y afectados

por déficit de atención con o sin hiperactividad

AVATDAH

C/ Pío del Río Hortega, 2 bajo local 17

47013 Valladolid

Tfno. 983 115 786, 645 195 936

E- mail: info@avatdah.org

