



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

Grado de Educación Primaria. Educación Especial

Trabajo de Fin de Grado:

“PONTE EN SU LUGAR”

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA FAMILIAS

Autora: Beatriz Rodríguez Gutiérrez

Tutor Académico: Dra. Noelia García González

Curso académico: 2014/ 2015

Año de defensa: septiembre 2015

RESUMEN

El TDAH, es un trastorno de origen neurobiológico, cuyos síntomas son hiperactividad, impulsividad e inatención. A pesar de que no es un trastorno grave, si no es tratado correctamente puede ocasionar problemas en el desarrollo personal y académico. Padres y profesores deben estar informados del TDAH, pero además es importante que lleguen a comprender lo que siente un niño con este trastorno. Por ello, este Trabajo de Fin de Grado pretende dar solución y obtener una mejora significativa en el progreso de estos niños, aportando a las familias una serie de pautas a través de una intervención psicoeducativa. Esta intervención se llevará a cabo en una escuela de padres, dividida en ocho sesiones que trata de empatizar con las personas que presentan TDAH mediante dinámicas y juegos.

Palabras claves: atención, familia, intervención, tratamientos, dinámica de grupo y juegos.

ABSTRACT

ADHD is a neurobiological disorder origin, whose symptoms are hyperactivity, impulsivity and inattention. Although it is not a serious condition, if not treated properly it can cause problems in personal and academic development. Parents and teachers should be aware of ADHD, but it is also important to get to understand what a child feels with this disorder. Therefore, this Grade Final Project aims to address and obtain a significant improvement in the progress of these children, giving families a series of guidelines through a psychoeducational intervention. This intervention will take place in a school for parents, divided into eight sessions trying to empathize with people who have ADHD through dynamics and games.

Keywords: attention, family, intervention, treatment, group dynamics and games.

ÍNDICE

Agradecimientos

Introducción

• Capítulo I: Justificación.....	1
• Objetivos.....	2
• Capítulo II: Marco teórico del TDAH.....	3
1. Concepto.....	3
a. Antecedentes históricos, nomenclaturas a lo largo de la Historia.....	3
b. Concepto actual.....	5
c. Síntomas.....	6
d. Consenso científico sobre el TDAH. Epidemiología. Etiología.....	7
e. Comorbilidades y dificultades asociadas.....	9
2. Evaluación y diagnóstico.....	11
a. Evaluación psicopedagógica e instrumentos.....	11
b. Diagnóstico. Criterios diagnósticos.....	13
3. Tratamientos.....	16
a. Tratamiento farmacológico.....	16
b. Tratamiento no farmacológico.....	18
I. Tratamiento psicológico.....	18
1. Terapia cognitiva-Conductual.....	18
2. Intervención psicosocial.....	19
a. Intervención familiar. Psicoeducación.....	20
b. Intervención en la escuela.....	21
I. Tratamiento psicopedagógico.....	22
c. Intervención al alumno con TDAH.....	22
d. Otros tratamientos.....	22
I. Entrenamiento en habilidades sociales.....	22
II. Relajación. Técnicas de Koeppen.....	23
c. Tratamiento combinado. Multimodal.....	23

- Capítulo III: Diseño. Propuesta de intervención. Escuela de padres.
 - “Ponte en su lugar”24
 - Objetivos.....24
 - Hipótesis.....25
 - Procedimiento.....26
 - Sesiones.....28
 - Sesión 1: Los padres, los principales educadores.....28
 - Sesión 2: En busca del mejor resultado.....29
 - Sesión 3: Eres alguien muy importante ¡Quiérete!.....30
 - Sesión 4: El aula desordenada.....31
 - Sesión 5: ¿Esfuerzo o calificaciones?.....33
 - Sesión 6: El viaje al pasado.....34
 - Sesión 7: Insectos maleducados.....35
 - Sesión 8: Mañana seré... feliz.....36
- Capítulo IV: Contexto.....38
- Capítulo V: Conclusiones e implicaciones.....40
- Bibliografía.....44
 - Asociaciones.....55
 - Webgrafía.....56
- Apéndices.....57
 - Apéndice 1. Tabla 1: Síntesis de las diferentes nomenclaturas del TDAH a lo largo de la historia.....57
 - Apéndice 2. Tabla 2: Detección temprana del TDAH.....59
 - Apéndice 3. Tabla 3: Esquema de autoinstrucciones.....60
 - Apéndice 4. Escuela de Padres. “Ponte en su lugar”.....61
 - Apéndice 4.1. Dinámicas de la sesión 1.....61
 - Apéndice 4.2. Dinámicas de la sesión 2.....65
 - Apéndice 4.3. Dinámicas de la sesión 3.....68
 - Apéndice 4.4. Dinámicas de la sesión 4.....71
 - Apéndice 4.5. Dinámicas de la sesión 5.....76
 - Apéndice 4.6. Dinámicas de la sesión 6.....82
 - Apéndice 4.7. Dinámicas de la sesión 7.....84
 - Apéndice 4.8. Dinámicas de la sesión 8.....87

AGRADECIMIENTOS

Para poder realizar este Trabajo de Fin de Grado de la mejor manera posible ha sido necesario el apoyo de muchas personas a las cuales quiero agradecer.

En primer lugar, me gustaría dar las gracias a la Universidad de Valladolid por instruirme a lo largo de estos cuatro años de grado, mediante contenidos, prácticas y estrategias que me han formado para desenvolverme en las aulas educativas. La facultad de Educación y trabajo social me ha permitido ponerme en contacto y escoger a la doctora Noelia García González, a quien le debo el hecho de que este trabajo tenga los menores errores posibles y a quien agradezco y admiro, por la paciencia y la dedicación que ha tenido conmigo. Me ha hecho un seguimiento continuado, orientándome en cada modificación, apoyándome en todo momento y demostrando el dominio y el conocimiento que tiene sobre el TDAH.

Por otro lado, me gustaría agradecer a mi familia, en especial a mis padres M^a Asunción y Enrique, quienes han sido un apoyo moral y económico para lograr este fin. Me han escuchado, motivado y me han permitido formarme para desarrollar mi vocación. Además mi hermana Cristina me ha alentado en este trabajo, apoyándome sin condiciones.

Me gustaría también dar las gracias a la familia que me ha inspirado para escoger este tema, ya que tienen un hijo con TDAH, y se sienten desinformados y desatendidos, por eso el desarrollo del trabajo ha estado orientado a buscar una solución para todos los padres desmotivados e incomprensidos que se encuentran en la misma situación.

Fundaciones como CADAH o FEAADAH me han permitido aprender y profundizar en el tema a través de su experiencia y sus páginas informativas, pero en especial ha sido Fundaicyl, la fundación de Valladolid, que me ha brindado la oportunidad de colaborar con ellos para que aprenda técnicas y estrategias con familias y con niños que padecen este trastorno. Durante dos meses he aprendido de su experiencia y de su conocimiento sobre el tema, lo que me ha servido para inspirarme en cada dinámica expuesta en la escuela de padres. Por ello les estoy muy agradecida, por su tiempo y dedicación empleados en mí.

Finalmente y no por ello reciben menos importancia, tengo que agradecer a mis amigos, algunos de ellos con hermanos de TDAH, que me han facilitado el trabajo con sus apoyos e indicaciones, ya que ellos también se encontraban en la misma situación que yo, finalizando sus respectivos grados.

“Comparado con un coche, la mayoría de la gente tiene un cerebro que va a 100 por hora, pero el del TDAH va a 300, como un Ferrari. Eso le dificulta el parar quieto, pero cuando aprenda a regular mejor su velocidad podrá hacer muchas más cosas que los demás. Hay premios Nobel, profesionales de éxito y deportistas de élite que son TDAH. Tienen mucha más capacidad de trabajo que los demás, lo que les hace falta es bajar algo la velocidad y aprender a conducir tan rápido”.

(Alberto Espina y Asunción Otego, 2005)

INTRODUCCIÓN

Todos tenemos ritmos y tiempos de aprendizaje particulares que si no se respetan, pueden ocasionarnos frustraciones y experiencias negativas en relación con nuestros propios procesos de aprendizaje. Los niños con TDAH tienen este problema de llevar un ritmo diferente al resto, el cual hay que respetar, adaptar y ante todo entenderlo, ya que si no se logra comprender y empatizar no se entenderá realmente lo que significa TDAH.

El TDAH es uno de los principales motivos de consulta en la población infanto-juvenil (Vega Fernández, 2012), la frustración y la desmotivación son dos de sus principales características. Los familiares no consiguen entender porque sucede, y aún con guías y pautas se pierden. Por ello, este trabajo está pensado para facilitar el entendimiento de lo que es el TDAH, de comprender como se sienten estas personas que lo padecen.

Para comenzar, se explica la definición de TDAH, características, sintomatología, el diagnóstico y la diversidad de tratamientos existentes. A continuación, se plantea una propuesta de intervención para familiares que tienen hijos con este trastorno. Esta intervención es de tipo psicoeducativa, presentada desde la empatía para lograr conocer lo que se siente al tener TDAH. De esta manera poder trabajar con ello y facilitar la interacción padres-hijos en todos los entornos.

Este diseño de intervención psicoeducativa esta creado para hacerlo desde una escuela de padres llamada “Ponte en su lugar”. Esta propuesta pretende aunar todas las experiencias y hacer ver a los padres que no están solos en este proceso de enseñanza. A través de ocho sesiones se aportan una serie de pautas para paliar las inquietudes que pudieran surgir a los padres de los niños con TDAH.

Considero que el Déficit de Atención e Hiperactividad, es un trastorno que merece especial dedicación por su relevancia y la frecuencia con la que aparece en las aulas. La investigación sobre TDAH es de plena actualidad y los padres en especial, tienen un papel fundamental en el abordaje de esta problemática.

CAPÍTULO I: JUSTIFICACIÓN

El Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad ha producido un impacto social dotando de importancia a la integración de este alumnado en las escuelas. Por ello, las actitudes de las personas que se encuentran en el entorno de estos niños tienen que ser positivas para favorecer su inclusión.

Cuando nos referimos al alumnado de TDAH pensamos principalmente en sus déficits en las Funciones Ejecutivas, es decir, sus dificultades en el autocontrol y la autorregulación, en la planificación y la organización, en mantener la atención, etc. El estudio del TDAH a lo largo de la Historia, ha hecho que avancen y se creen intervenciones educativas para permitir esta integración en las escuelas, con la finalidad de corregir esas dificultades conductuales que el niño pueda desarrollar en el aula.

Sin embargo, no conviene olvidar algunas dificultades de este alumnado en cuanto a la inmadurez emocional y vulnerabilidad que presentan. Una solución, es una intervención psicoeducativa que les permita manejar sus emociones en la sociedad en la que habitamos. Los padres de estos niños normalmente están desinformados con respecto a cómo gestionar esta inmadurez emocional.

A medida que estos niños crecen, la vulnerabilidad es mayor ya que interaccionan con el entorno de manera más autónoma. Por lo tanto, es necesario dotar de información a toda la comunidad y en especial a los padres, que son los que conviven con ellos, ya que para comunicarse, interactuar e investigar el mundo que nos rodea, hace falta comprensión, empatía e información. Una propuesta de intervención psicoeducativa vista desde el punto emocional, puede dar respuesta a los interrogantes existentes entre la interacción de padres e hijos.

Muchas veces, estos padres recurren a asociaciones o fundaciones de manera individual para pedir ayuda. Pero el hecho de compartir sus experiencias con otros padres que tienen el mismo problema les hace ver que no son los únicos. Esta es la finalidad que se persigue con una escuela de padres, dónde se les anima a continuar en el proceso de educación de sus hijos, proporcionándoles pautas no sólo desde el punto de vista profesional, sino también desde el punto de vista humano, dónde otras voces comparten y se ayudan entre sí.

OBJETIVOS

General y específicos

El objetivo principal que se persigue en este Trabajo de Fin de Grado es el de tratar de entender cómo piensa un niño con TDAH. Especialmente está dirigido a sus familiares, que suelen estar frustrados y desmotivados por no saber comprenderles, o se sienten perdidos en múltiples ocasiones. La empatía y diversas estrategias que se encuentran en la propuesta de intervención, pueden ayudar a tomar conciencia y a acercarlos a este trastorno no sólo a familiares, sino también al resto de comunidad que les rodea.

Los objetivos específicos de este trabajo son los siguientes:

- Delimitar el concepto de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
- Explicar las características del TDAH.
- Exponer de forma sucinta algunos de los modelos existentes para el diagnóstico y el tratamiento del TDAH.
- Explicar algunas de las estrategias para resolver los conflictos familiares que puede generar el TDAH
- Utilizar la empatía con las familias para favorecer el acercamiento a este trastorno.
- Diseñar una propuesta de intervención psicoeducativa para familias que tienen hijos con TDAH.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO DEL TDAH

1. Concepto

a. Antecedentes históricos, nomenclaturas a lo largo de la Historia

El TDAH ha existido siempre, pero desde el S.XX ha cobrado una vital importancia acrecentando los porcentajes de personas que sufren este cuadro y disminuyendo así la edad a la que es diagnosticado. Cada vez son más los casos de alumnos con TDAH encontrados por clase. Como afirma Pascual-Castroviejo (2008), la razón que explica este hecho es debido a que “las bases científicas de las peculiaridades clínicas del TDAH se establecieron a principios del siglo XX”.

Como Parellada (2009) expone, el TDAH es uno de los trastornos infantiles más frecuentes. Para ello, antes de saber su definición es necesario comprender sus antecedentes históricos así como sus diferentes nomenclaturas a lo largo de la Historia. En el Apéndice 1, una tabla expone el recorrido histórico de las diferentes nomenclaturas que este trastorno ha tenido a lo largo del tiempo, hasta llegar al concepto que hoy conocemos como TDAH.

Las primeras evidencias escritas de este trastorno aparecieron en 1798, en un libro del médico Sir Alexander Crichton denominado “Una investigación sobre la naturaleza y el origen de la enajenación mental”. En él, se contemplan los rasgos que caracterizan a las personas con TDAH, haciendo hincapié en la inatención, según aporta Merayo & Terán (2012).

En 1845, Heinrich Hoffmann, un escritor famoso de cuentos, escribió “Felipe Nervioso” caracterizándolo con inatención e hiperactividad, lo que ya introduce a la triada que caracteriza al TDAH: hiperactividad, inatención e impulsividad.

Posteriormente, ya en las primeras décadas del siglo XX se encuentra la primera descripción sistemática de los niños hiperactivos realizada en 1902 por el pediatra británico George Frederic Still (Quinn, 1997), quien denominó “Defecto de Control Moral” al diagnóstico de niños que parecían inatentos e inquietos.

Desde entonces numerosos términos y nomenclaturas han sido destinados para definir el TDAH. Según Scandar (2003), el primer término que daba nombre a lo que hoy conocemos como TDAH fue “Daño Cerebral Mínimo” definido por Tredgold en 1908. Años más tarde, el término Disfunción Cerebral Mínima (DFM) fue acuñado por Strauss y Lehtinenen en 1947.

Debido al descubrimiento de la Benzedrina para niños hiperactivos realizado por Bradley en 1937, diversas investigaciones comenzaron con la búsqueda de las bases neurobiológicas de la hiperactividad. Esto ocasionó, que es en la primera mitad del siglo XX, surgieran las primeras modificaciones en las aulas escolares para niños con dificultades atencionales e hiperactividad según recoge Parellada (2009).

Laufer y Denhoff (1957), realizaron la primera denominación de Síndrome Hiperkinético. La razón de la aparición de este nuevo término es debido a que se identificó la hiperactividad como síntoma primario. Por ello, esta época acontecida entre 1950 y 1970 fue considerada por Barkley como la más importante.

La primera vez que se incluye el TDAH en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM II), es en 1968 con: “Reacción Hiperkinética de la infancia”. En la década de los 70, los déficits de atención e impulsividad se antepusieron a la hiperactividad, y es en 1972 cuando el trastorno se denominó “Trastorno de Déficit de Atención con o sin hiperactividad” (González & Villamizar, 2010). A partir de este acontecimiento surgen las primeras asociaciones vinculadas a esta enfermedad.

El DSM-III en 1980 incluyó la inatención como síntoma fundamental (Castellanos, Sonuga-Barke, Milham & Tannock, 2006). Se incluyeron dos subtipos de TDAH, el ADD/H (Trastorno de atención con hiperactividad) y el ADD/WO (Trastorno de atención sin hiperactividad) (APA, 1980). Desde ese momento, las sucesivas versiones de la DSM han enfatizado los problemas de atención, mientras que la Organización Mundial de la Salud (CIE) ha seguido enfatizando en la hiperactividad.

Por último, este trastorno pasó a concebirse como “Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad”, gracias a la revisión de la edición del DSM-IV-TR en

1994, que incluía subtipos de TDAH, categorizando el TDAH en Inatento, Hiperactivo-impulsivo o Inatento e hiperactivo-impulsivo combinado (Pauli-Pott & Becker, 2011). Finalmente, el DSM-V en 2013 cambió la nomenclatura de subtipos a presentaciones clínicas como expone APA (2013, citado en Glind et al., 2014), tales criterios se expondrán más adelante en el apartado de Diagnóstico, criterios diagnósticos.

b. Concepto actual

Muchos autores han tratado de definir lo que supone el concepto de TDAH, y a pesar de las diferencias en su conceptualización, han coincidido en una de las dificultades esenciales de este trastorno. “El problema fundamentalmente es un déficit en las funciones ejecutivas” (Barkley, 2002; Brown, 2006).

Las funciones ejecutivas, también llamadas funciones del control cognitivo según Diamond (2013), se refieren a un conjunto de procesos mentales que incluyen una serie de comportamientos auto-dirigidos como la memoria de trabajo, el habla interna, y la autorregulación de las emociones. Barkley (1997), indicó que el problema de las personas con TDAH era la deficiente capacidad de inhibición. Mientras que Brown (2006), considera que para obtener una solución al problema de los individuos con TDAH es la autorregulación de la propia conducta.

El TDAH tiene múltiples acepciones aportadas por diversos autores y por ello es necesario definir con precisión a qué nos referimos con esta denominación. Orjales (1999), lo define como un trastorno del desarrollo de origen neurobiológico, en el que intervienen tanto factores genéticos como ambientales, caracterizado por presentar una triada de alteraciones en la falta de atención, la impulsividad, y la hiperactividad (Hallowell & Ratey, 2001).

Según añade Gratch (2003), el TDAH es un trastorno de la neurotransmisión de la corteza prefrontal, zona que desempeña un papel trascendental en la planificación y regulación de la conducta y sirve fundamentalmente, para planificar y anticipar eventos futuros. Este trastorno tanto cognitivo como conductual (Loe et al., 2008), suele aparecer entre los 2 y 6 años de edad y comienza a remitir durante la adolescencia.

El concepto actual de TDAH es definido por el DSM-5 en 2013 de la siguiente forma:

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por un patrón de comportamiento presente en múltiples contextos (colegio y casa), que puede ocasionar problemas de rendimiento en el ámbito social, educativo o laboral. Como en el DSM-IV, los síntomas se pueden dividir en dos categorías: falta de atención, hiperactividad e impulsividad que incluyen comportamientos como la insuficiencia de prestar mucha atención a los detalles, tareas y actividades dificultad para organizar, hablar excesivamente, tener inquietud, o una incapacidad para permanecer sentado en situaciones apropiadas (APA, 2013).

c. Síntomas

Cuando hablamos del déficit de atención con o sin hiperactividad nos estamos refiriendo a un conjunto de síntomas muy variados, todos ellos relacionados con el comportamiento, que pueden incluirse en alguno de los siguientes grupos según Orjales (2007), estos son: “la desatención y la hiperactividad motriz-impulsividad” (p. 77). Cada una de ellas se manifiesta de diversas maneras y con distinto nivel de intensidad.

La desatención es el síntoma al que se le concede una mayor importancia, porque en la mayoría de los casos está presente. Según Navarro y Martín (2010), en la atención se establece una relación entre los mecanismos perceptivo-atencionales y la autorregulación. En relación a esto González, Bakker & Rubiales (2014), exponen una serie de síntomas referidos a la desatención como son: cometer errores en tareas por inatención, dificultad de mantener la atención sostenida, distraerse fácilmente, perder objetos, tener tendencia a dejar las cosas para más adelante, mostrar problemas para seguir instrucciones y presentar dificultades en la organización y planificación de tareas.

La hiperactividad en referencia con Castellanos & Proal (2012), se manifiesta debido a una disminución en la activación de la corteza motora primaria que provoca un exceso de movimiento o actividad verbal en el niño, en comparación con el nivel esperado a su edad y en cuanto a la situación determinada en la que se

produce. Algunos de los síntomas que tienen los individuos que lo padecen son, incapacidad para estar calmado y quieto, movimientos excesivos y exagerados en pies y manos, correr y saltar en momentos inapropiados y hablar demasiado.

Según los estudios de imágenes funcionales realizados por Wittmann & Paulus (2008), la impulsividad es un patrón de conducta que provoca consecuencias negativas para la planificación de acciones. Las personas que lo padecen tienen alteradas las áreas del cerebro responsables del autocontrol y el uso del tiempo, lo que podría explicar los síntomas de dar respuestas antes de completar las preguntas, hablar en exceso, tener dificultades para guardar el turno e interrumpir o entrometerse en actividades ajenas acorde con lo expuesto por Capdevila-Brophy, Artigas-Pallarés & Obiols-Llandrich (2006).

d. Consenso científico sobre el TDAH. Epidemiología. Etiología

Epidemiología

El TDAH no es un trastorno de moda, si bien los múltiples conocimientos, avances y nuevas intervenciones han hecho que este trastorno se desarrolle exponencialmente en los últimos años, hoy pocos discuten su existencia. Perote & Serrano (2012), afirman que su prevalencia oscila entre el 3 y el 7% de los menores en edad escolar. Pascual-Castroviejo (2008), afirma que “la prevalencia del TDAH hace unos años oscilaba entre el 4 y el 6%”, argumentando que las pruebas valorativas y las pruebas diagnósticas jueguen un papel importante en los porcentajes de prevalencia.

La prevalencia y los subtipos de TDAH muestran un mayor diagnóstico del trastorno en varones, Merayo & Terán (2012), exponen esta evidencia con una proporción de 4 a 1. Algunos autores confirman esta proporción como Huss, Hölling, Kurth & Schlack (2008), mediante estudios específicos de la prevalencia del TDAH. Aun así, tanto el género masculino como el femenino pueden presentar los mismos síntomas, déficit de atención, hiperactividad e impulsividad.

En lo referente a su pronóstico, el TDAH presenta una cronicidad, ya que este trastorno tiene síntomas “simples”, que pueden llegar a desencadenar graves secuelas, si no son tratados a tiempo, formando lo que se denomina el “Efecto bola

de nieve” según Moreno Ruíz (2012). Ya que el alumno con TDAH en la escuela, así como en su vida en general muestra un bajo rendimiento en las tareas desempeñadas.

Según de la Barra, Vicente, Saldivia, & Melipillan (2013), se observan diferencias en las distintas etapas de la vida. Los síntomas hiperactivo-impulsivo y combinado son más frecuentes entre los 4 y 11 años que en la adolescencia. De hecho, de estos escolares hasta el 60 % pueden presentar sintomatología en la edad adulta.

Etiología

A lo largo de la Historia se han realizado muchas especulaciones sobre la procedencia de este trastorno. Actualmente, autores como Merayo & Terán (2012), demuestran que el TDAH no tiene una única causa y la única manera de conciliar estos aspectos es el constructo de una compleja etiología multicausal, basada en un factor neurobiológico y con cierta predisposición genética ligada a los factores hereditarios y psicosociales. (Lawton, Gerdes, Haack & Schneider, 2014; Spencer, Biederman & Mick, 2007).

En cuanto a la base neurobiológica del TDAH, Proal, Olvera, Blancas, Chalita & Castellanos (2013), defienden que los estudios de resonancia magnética coinciden en la existencia de una disminución global del volumen cerebral total en sujetos con TDAH. Además sugieren la hipótesis de que ciertas regiones cerebrales disminuidas en el TDAH (el cuerpo estriado, el tálamo, y los núcleos subtalámicos) se normalizan con la edad o con el tratamiento. Por ello según Montes (2005), es más correcto referirnos a la alteración funcional del TDAH como a una alteración de las estructuras “fronto-subcorticales”.

En la base neuroquímica existe una desregulación en los neurotransmisores, concretamente en la dopamina y en la noradrenalina (Quintero & de la Mota, 2014). Las dificultades de aprendizaje, motivación, atención e interés están más relacionadas con la alteración de la noradrenalina y los síntomas de hiperactividad e impulsividad con la alteración de la dopamina.

Uno de los factores que tiene predisposición en el TDAH es el hereditario, concretamente un 79% hereda este trastorno, según informa Sadek (2014). Por

tanto, el TDAH tiene un elevado riesgo heredado para el desarrollo de la resolución de problemas, comprensión lectora, estado anímico, o problemas conductuales. Este factor biológico se conoce a través de los estudios familiares en base genética del TDAH, como expone Nigg (2006). Los índices de TDAH son mayores entre padres y hermanos afectados o gemelos monocigóticos. Otra línea de aportaciones biológicas es la de las variantes genéticas raras por las anomalías cromosómicas asociadas con el TDAH.

El otro factor etiológico que influye en la aparición del TDAH es el psicosocial, relacionado con los problemas vinculados a la maternidad, la prematuridad, alteraciones durante el embarazo y/o el parto. Los factores ambientales que pueden causar TDAH según Mediavilla-García (2003), son las infecciones, la exposición a contaminantes orgánicos como plomo o pesticidas, factores nutricionales (dietas) o factores psicosociales negativos.

Estos dos últimos factores contribuyen a fomentar aspectos del trastorno como la severidad, continuidad o las diferentes comorbilidades con el TDAH.

e. Comorbilidades y dificultades asociadas

En referencia con Fredriksen, Dahl, Martinsen, Klungsøyr, Haavik & Peleikis (2014), antes de elaborar una intervención de cualquier tipo es importante delimitar que trastorno aparece de forma comórbida con el TDAH. “Más del 85% de los pacientes presentan al menos una comorbilidad añadida al TDAH y aproximadamente el 60% tienen al menos dos comorbilidades” (Hidalgo & Soutullo, 2012).

Los trastornos con mayor grado de comorbilidad con el TDAH, expresados en porcentajes según Rodríguez Molinero, López Villalobos, Garrido Redondo, Sacristán Martín, Martínez Rivera & Ruiz Sanz (2009), son el Trastorno de Ansiedad (25%), Trastorno de comportamiento (50%), Trastorno en el estado de ánimo (15-30%), Trastorno de aprendizaje (20-25%), Tics y Enuresis. A estos anteriores Pallarés (2003), les suma el Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD), Trastorno de Comunicación y el Trastorno de Desarrollo de Coordinación (TDC).

Muchos de los niños con TDAH tienen comorbilidad sintomatológica con alguno de los trastornos de ansiedad y depresión, como son las fobias simples, ansiedad social, ataques de pánico, Trastorno de Tourette, Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), Trastorno de ansiedad generalizada y ansiedad por separación, siendo los dos últimos, los más frecuentes en la comorbilidad con el TDAH. Sin embargo, Jarret & Ollendick (2008), sostienen que el 20-50% de los niños con TDAH cumplen criterios diagnósticos de al menos uno de estos trastornos.

El trastorno de comportamiento incluye las categorías de negativista desafiante y trastorno disocial. Este último trastorno es menos frecuente en comorbilidad con el TDAH según Molinuevo (2014), consiste en un patrón repetitivo, el cual provoca violación de derechos básicos a otras personas o normas sociales. Por otro lado, acorde con Rivera, Taboas & Pérez (2015), el trastorno negativista desafiante es uno de los que mayor comorbilidad presentan en niños y adolescentes con TDAH, la característica esencial es un patrón frecuente en el estado de ánimo enfadado con un comportamiento discutiendo, o deseo de venganza.

El trastorno negativista desafiante según Suárez, Quintana & Esperón, (2006), se trabaja a partir de técnicas operantes como son la economía de fichas, coste de respuesta, etc. y/o técnicas cognitivas-conductuales con el propio niño como resolución de problemas o entrenamiento en autoinstrucciones o autocontrol.

Las dificultades sociales y los problemas en el desarrollo afectivo social son frecuentes en los niños con TDAH (Orjales, 2007). Conflictos graves como secuelas de un abuso, Historia de un acontecimiento traumático, ambiente familiar inestable o desorganizado o un nivel de exigencia inadecuado, pueden ser factores que influyan en la aparición de los Trastornos de estado de ánimo, incluyendo en este apartado el Trastorno distímico y el Trastorno depresivo mayor. El primero de ellos más relacionado con la baja autoestima y la alta frustración, acorde con Atienza (2006).

El bajo rendimiento escolar de los niños con TDAH afecta a sus familias y a sus profesores, ya que estos niños tienen comorbilidad con Trastornos del aprendizaje, algunos de los más frecuentes son la dificultad en la comprensión lectora, expresión escrita (Disgrafía), expresión de cálculo (Discalculia), hábitos de

estudio o problemas fonológicos (Dislexia). Esto es debido a la falta de organización, ya que omiten datos importantes, no interpretan bien los enunciados, no contestan a todo lo que se les pide, etc. Según Perote & Serrano (2012), estos problemas son destacables en las diferentes áreas curriculares. Padres y profesores siguen una serie de pautas como mantener el orden y la estabilidad en el alumno o técnicas tales como sintetizar textos, adaptar exámenes, seguir autoinstrucciones, etc.

Según aseguran Suárez, et al. (2006), existen factores que hacen que aumente la comorbilidad con el TDAH, como la elaboración de un diagnóstico tardío, tener bajo cociente intelectual (CI), bajo nivel educativo y cultural, presentar trastornos específicos del aprendizaje, padecer TDAH con presentación combinada (inatención – hiperactividad/impulsividad), grave y de larga evolución o la presencia de antecedentes familiares con TDAH, trastorno bipolar y/o depresión.

2. Evaluación y diagnóstico

El TDAH es el trastorno más frecuente en la infancia, a su vez considerado como uno de los trastornos más válidos y universales en psiquiatría, pero hay preocupación por un posible exceso de diagnóstico y tratamiento según afirman de Alba & Sorribes (2013).

a. Evaluación psicopedagógica e instrumentos

Evaluación psicopedagógica

El ámbito familiar y el educativo son los primeros agentes en detectar síntomas relacionados con el TDAH, pero un equipo de profesionales especializados en este trastorno son los que deben dar un diagnóstico definitivo. Antes de esto, es necesario una primera evaluación como indica Vega Fernández (2012).

La evaluación psicopedagógica no siempre es necesaria, ya que “La evaluación clínica es más completa y suficiente para el diagnóstico” (Parellada, 2009), sin embargo, para apreciar la repercusión en el rendimiento o progreso académico es necesario una valoración de las capacidades de aprendizaje.

La evaluación psicopedagógica consiste en recoger, analizar y valorar información sobre las condiciones personales del alumno con TDAH, para delimitar las necesidades educativas especiales, teniendo en cuenta aspectos de la valoración clínica según afirma DuPaul & Stoner (2014). Será llevada a cabo por el equipo de orientación educativa del centro escolar, utilizando una serie de instrumentos que se exponen en el siguiente apartado.

Instrumentos de evaluación

Blázquez-Almería, et al., (2005), señalan que “No hay una única prueba neurobiológica, neuropsicológica o psicológica que por sí sola pueda diagnosticar el TDAH. Al contrario se necesitaría el uso de diferentes procedimientos o instrumentos que faciliten información global del fenómeno” (p. 587).

La información acerca de los síntomas del comportamiento se puede obtener mediante varios métodos, que incluyen preguntas abiertas, preguntas específicas, entrevistas semiestructuradas, cuestionarios y escalas (Tirado, Martín & Lucena, 2004). Algunos de los instrumentos empleados para la evaluación diagnóstica del TDAH, según recoge García Garrido, Grau & Carcés (2014), son pruebas de amplio espectro como Behavior Assessment System for Children (BASC) creada por Reynold y Kamphaus en 2004 y Teacher Report Form/5-18 (TRF) organizada por Achenbach en 1991.

Escalas y cuestionarios específicos de TDAH son las escalas Conners para profesores (CTRS-28) establecida por Conners en 1997, escala (EDAH) de Farré y Narbona en 2003, escalas de calificación de autocontrol por Kendall y Wilcox en 1979. Además otro de los instrumentos usados son los cuestionarios de problemas de conducta, en los que encontramos Alteración del Comportamiento en la Escuela (ACE) erigido por Arias, Ayuso, Gil & González en 2006, o el Cuestionario Comportamental para Preescolares (CCP) constituido por Miranda y Santamaría en 1986.

Los instrumentos anteriores son los más utilizados, pero existen otros procedimientos que miden las diferentes comorbilidades en el TDAH, acorde con Mateo & Vilaplana (2007), estos son CAS para el trastorno de ansiedad infantil, T.A.L.E., PROLEC, NAC lengua, empleados para las dificultades asociadas al

lenguaje. El cálculo y las matemáticas se evalúan con la Prueba de Canals o NAC matemáticas y Kovacs es muy utilizado para la depresión.

b. Diagnóstico

No existen pruebas biomédicas para elaborar un diagnóstico objetivo sobre el TDAH, por tanto los signos, testimonios y lo observado por la familia y los educadores ayudan a los especialistas a determinar si el niño padece dicho trastorno o no, según establece Valdizán & Izaguerri-Gracia (2009).

Numerosos autores como (Fernández Pérez & Gonzalvo 2012; Rothhammer, Carrasco, Henríquez, Andrade, Valenzuela & Rothhammer, 2005; Skutle, et al., 2015) entre otros, defienden la importancia de un diagnóstico precoz en el TDAH, para intervenir en etapas tempranas del desarrollo y aumentar las posibilidades de éxito de tratamiento, además de prevenir el incremento de conductas de alto riesgo asociadas a este trastorno y a la aparición de comorbilidades. En el Apéndice 2, un gráfico expone la importancia de la detección temprana en este trastorno.

Para elaborar un diagnóstico definitivo y realizar intervenciones desde distintas modalidades terapéuticas y por distintos profesionales, es necesario que se involucre un equipo multidisciplinar, formado por el ámbito de la atención a la población infanto-juvenil, psiquiatras, psicólogos, profesores, orientadores y servicios sociales (González Camino, 2012). Además de la colaboración de los usuarios de servicios y familias, mediante la aportación de información personal y académica del niño, como aclara Badía, Pujol & Abril (2006).

La formación del equipo multidisciplinar es clave, ya que el proceso diagnóstico tiene varios elementos insustituibles que son según Esperón (2009), el conocimiento del desarrollo normal del niño y el diagnóstico diferencial. El primer elemento es fundamental para atribuir a los síntomas un carácter normativo o patológico y el segundo para descartar otras explicaciones médicas sobre los síntomas que presenta. Nomura et al. (2014), añaden que el diagnóstico diferencial tiene que ir ligado a una detección del trastorno en edades preescolares, por tanto, es necesario un conocimiento extenso tanto de los trastornos psicológicos como psiquiátricos.

Por otra parte, la formación de los educadores, tiene un peso fundamental en este diagnóstico, ya que ellos junto con las familias son las personas que más tiempo pasan con los niños. Tras la experiencia y la formación de los maestros se pueden observar signos que desencadenen síntomas para la formación de este trastorno (Basilio & Isis, 2009; Ruíz, 2012).

Criterios Diagnósticos

Es posible que en un momento dado podamos tener síntomas de TDAH, pero lo que diferencia de una persona que lo padece a otra que no, es que el individuo afectado tiene que tener al menos 6 de los síntomas que se registran en los criterios diagnósticos del DSM-V, desarrollados en diferentes contextos, con una frecuencia, una intensidad y duración del al menos seis meses seguidos. Estos síntomas deben estar presentes antes de los 12 años, e interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos, según recoge el DSM-V (APA, 2013).

Como ya se ha explicado el TDAH presenta un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo de la persona como indica APA (2013). El DSM-V identifica tres subtipos de TDAH, dependiendo de la presencia o ausencia de síntomas particulares. TDAH con presentación combinada, si tiene síntomas de inatento e impulsividad-hiperactividad, TDAH con presentación predominantemente inatento si satisface los síntomas de inatento, o TDAH con presentación predominantemente hiperactivo-impulsivo, si satisface el criterio impulsividad-hiperactividad en vez del inatento.

Por tanto, es necesario especificar que subtipo de TDAH es el que presenta el paciente. Y para ello se han extraído los siguientes síntomas que a continuación se presentan, a partir de los criterios diagnósticos del TDAH en el DSM-V (APA, 2013).

Síntomas de Inatención:

a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p.

ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).

b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).

c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).

d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).

e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).

f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).

g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).

h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).

i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

Síntomas de impulsividad-hiperactividad:

a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.

- b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
- c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto)
- d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- e. Con frecuencia está "ocupado," actuando como si "lo impulsara un motor" (p. ej., es incapaz de estar quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones).
- f. Con frecuencia habla excesivamente.
- g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).
- h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).
- i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso).

3. Tratamientos

Según afirma Pascual-Castroviejo (2008), cualquier tratamiento empleado para el TDAH tiene que aportar información a las familias y al resto de la sociedad con el ánimo de tranquilizarles y motivarles, además de hacerles ver que nadie es culpable de esa situación y que las herramientas claves para conllevar este trastorno diariamente van a ser la paciencia, la ayuda, la comprensión y la firmeza.

Las recomendaciones europeas como indica Ramos-Quiroga et al. (2012), consideran que el tratamiento de TDAH debe ser multimodal, de forma que se deben combinar las intervenciones farmacológicas con las no farmacológicas.

Acorde con Soutullo & Álvarez-Gómez (2013), "El tratamiento del TDAH requiere el diseño de un plan completo e individualizado para cada paciente, familia y entorno, que incluye tres partes principales: psicoeducación y entrenamiento en manejo conductual, apoyo académico y medicación."(p.119). Estas partes se verán reflejadas en los siguientes tratamientos, que se presentan a continuación.

a. Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico es uno de los pilares fundamentales para este trastorno debido a su alta eficacia, siendo el tratamiento de primera elección para los expertos clínicos según (Gandía-Benetó, Mulas, Roca, Ortiz-Sánchez & Abad-Mas, 2015; Ramos-Quiroga et al., 2012).

Existen dos tipos de medicamentos para tratar los síntomas del TDAH, estimulantes y no estimulantes. Los primeros funcionan desde hace más de 70 años y se encargan de regular la producción de los neurotransmisores implicados en el TDAH, potencian y facilitan la intervención terapéutica, mejorando el desarrollo personal del niño afectado, en todos los ámbitos diferentes (Arnsten, 2006). Acorde con Artigas-Pallarés (2004), estos estimulantes pueden ser de acción breve, los que actúan de 4 a 6 horas, o de acción prolongada, de 8 a 12 horas. Suelen ser tolerados de forma favorable por niños y adolescentes, administrándose o bien por vía oral o por medio de un parche en la piel (Palomino, Pérez Guerrero & Martín-Calero, 2013).

El medicamento estimulante más conocido y más empleado es el metilfenidato, es la primera opción farmacológica, comercializado en España por primera vez en 1981 (Taylor, 2004). Una medicación nueva, disponible en España desde abril de 2014 es Lisdexanfetamina, comercializada como Elvanse® (Esperón & Gómez, 2014). Es un profármaco con una duración del efecto de 12-14 horas, que obtiene muy buenos resultados en los niños con TDAH.

La atomexitina es la 2º opción farmacológica para este tratamiento farmacológico, es un medicamento no estimulante, según Sibley, Kuriyan, Evans, Waxmonsky & Smith (2014), su nombre comercial es Strattera y se encarga de inhibir de forma selectiva la recaptación de noradrenalina. No solo los medicamentos estimulantes son los empleados para dar tratamiento al TDAH. Otro medicamento no estimulante es Guanfacina ER, cuyo nombre comercial es Intuniv.

Otras opciones farmacológicas según Suárez, et al., (2006), son antidepresivos (bupropión, Imipramina), antihipertensivos (clonidina) o Antipsicóticos (risperdal). En resumen, las fases de actuación en cuanto a la medicación del TDAH según Guerrero (2014), son como primera línea de actuación los psicoestimulantes, como

segunda o tercera línea los antidepresivos tricíclicos, como segunda línea la atomoxetina y como segunda o tercera línea el bupropion.

Es necesario tener en cuenta, que estos medicamentos presentan una serie de efectos secundarios (Guerrero, 2014), por ello, el profesional médico tras un seguimiento continuado de la evolución de la persona afectada con TDAH, tendrá que valorar si hace falta cambiar la medicación o no, teniendo en cuenta la opinión de los padres del menor.

b. Tratamiento no farmacológico

Tratamiento psicológico

El tratamiento farmacológico resulta con frecuencia insuficiente, dado que el trastorno afecta a todos las áreas de la vida del niño y puede comprometer su desarrollo cognitivo, emocional y social. Por tanto, otro tratamiento existente e igual de importante que el anterior es el psicológico según Alda (2011), centrado en las intervenciones cognitivo-conductuales o conductuales en los ámbitos familiares y escolares.

Terapia cognitivo-conductual

Las intervenciones psicológicas que han mostrado alguna evidencia científica de eficacia para el TDAH se basan en los principios de la terapia cognitivo-conductual (TCC) según expone Vega Fernández (2012). En ella podemos distinguir terapias conductuales, cognitivas o cognitivas-conductuales, como se presentan a continuación.

Terapia cognitiva: estas técnicas según Parellada (2009), están diseñadas para ayudar al paciente a identificar las ideas distorsionadas y las creencias disfuncionales, contrastarlas con la realidad y corregirlas. Requieren la participación activa de la persona y resultan costosas en tiempo y esfuerzo. “Son intervenciones especialmente importantes en el grupo de niños que no mejoran con la medicación” (Alda, 2011). En esta terapia se incluye la autoevaluación del niño, esto tiene como objetivo ayudar a tomar conciencia de sus capacidades. Esta autoevaluación incluye tareas específicas, y resolución de problemas encaminados a favorecer la autodirección y el autocontrol (Orjales, 2007; Ramírez Pérez, 2015).

Terapia conductual: las conductas se producen, mantienen o desaparecen en función de las consecuencias ambientales. Villalobos, Molinero, Martín, Redondo & Rivera (2006), fundamentan que los programas de modificación de conducta siguen unos pasos, que se pueden resumir de la siguiente manera, identificación de las conductas negativas, análisis de las relaciones entre estas conductas y los acontecimientos externos e internos y finalmente manejo de las consecuencias ambientales.

Las técnicas utilizadas por padres y educadores, en este tipo de terapias se denominan técnicas operantes, según Loro-López, et al. (2009). Estas son técnicas para la adquisición de conductas adecuadas (reforzadores), técnicas para reducir o eliminar los comportamientos no deseados (coste de respuesta), programas de economía de fichas, tiempo fuera y otros métodos de extinción de respuesta.

Terapia cognitivo-conductual: En este tipo de terapias acode con Rodríguez-Salinas, García, Rodríguez, Gutiérrez & Marcos (2006), destacan las autoinstrucciones, donde se incluye el método modelado autoinstructivo. El entrenamiento en autocontrol también es una de las técnicas empleadas en esta terapia, para conseguir a demorar la recompensa mediante la autoobservación, autoevaluación, plan de acción y autorrefuerzo.

Las autoinstrucciones fueron diseñadas por Meichenbaum en 1976, para el entrenamiento de niños impulsivos según expone Perote & Serrano (2012), el objeto que se persigue con ello es obtener un pensamiento reflexivo, a través de unos pasos generales y útiles para la resolución de problemas de cualquier tipo. El esquema que se presenta en el Apéndice 3, es una versión reformulada de las primeras autoinstrucciones realizada por Orjales (2007).

Este apartado que a continuación se presenta, se ha organizado en base a la estructura seguida por de la Peña Olvera, et al. (2009), y a la tesis de la doctora García González (2013).

Intervención psicosocial

Acorde con de la Peña Olvera, et al. (2009), “El objetivo de este tipo de intervenciones es el de proporcionar a los padres herramientas para manejar la conducta de sus hijos, y que estos últimos adquieran habilidades académicas y

sociales, para así mejorar su funcionamiento en dichas áreas.” (p.20). En la actualidad existen tres modelos de intervención, dedicados a los familiares, a los escolares y al paciente.

Intervención familiar, dedicada a los padres del niño con TDAH, trabajada desde la Psicoeducación, la cual según Esperón & Gómez (2014), consiste en “aportar estrategias que permiten aportar la mejor información sobre el TDAH al paciente, padres y educadores con criterios de utilidad y veracidad científica” (p.625). Acorde con Mulas, Gandía, Roca, Etchepareborda, & Abad (2012), la psicoeducación es muy importante e implica el desarrollo de programas de entrenamiento a los padres, para capacitarles y proporcionarles diferentes técnicas, con el fin de abordar la sintomatología del trastorno en sus hijos (Korzeniowks & Ison, 2008).

Estos programas de entrenamiento pueden ser tratados en terapia individual familiar. De esta manera se permite evaluar con la familia de forma privada los problemas del niño, hablar de lo que les preocupa y el profesional les indica los pasos que han de poner en práctica según señala Marinho & Silvares (2000). Por otra parte, una terapia grupal familiar ofrece más ventajas que la anterior descrita, ya que son menos costosas, más eficientes y menos estigmatizantes que las intervenciones individuales (Echeburúa & Corral, 2001).

Acorde con Kazdin (1998), el entrenamiento para padres es una de las intervenciones más investigadas y que mejores resultados presenta, identificándose como una las intervenciones más prometedoras en el campo de los problemas de conducta. Numerosos estudios como los desarrollados por Palacio, Ruiz-García, Bauermeister, Montiel-Navas, Henao & Agosta (2009); Robles Pacho & Romero Triñanes (2011), dan validez a este hecho insistiendo en que las familias que reciben tratamiento en terapias grupales familiares, muestran una ventaja clara sobre las familias que no lo reciben o sobre las que solo reciben tratamiento farmacológico.

Las familias deben de ser conscientes de los diferentes estilos educativos parentales que existen, ya que el estilo que empleen repercute en el progreso personal de sus hijos. El democrático se ajusta al desarrollo y a la estabilidad del niño caracterizado por altas puntuaciones en comunicación, afecto y control, según afirma Raya, Herreruzo & Pino (2008). Sin embargo, tanto el abuso de protección,

estilo educativo autoritario, como el defecto excesivo de control, estilo educativo permisivo, según demuestran Raya, et al. (2008), pueden ocasionar situaciones incontroladas y agresivas que conllevan comportamientos desadaptados a nivel escolar y social, incluso fomentan la aparición de comorbilidades, como por ejemplo, negativista desafiante.

Una de las formas en las que se imparte este entrenamiento a los progenitores de los niños con TDAH en terapias grupales familiares es la escuela de padres. La descripción que aporta Lorenzo & Murías (2002), a este concepto es la siguiente, “Una intervención social de carácter formativo, orientada a las familias, que se centra esencialmente en estrategias preventivas en cualquiera de sus modalidades” (p.196). Se caracteriza por hacer uso de la comunicación, flexibilidad, comprensión, pertinencia y adecuación, así como aportar refuerzo y generación de capacidades.

Entender cómo piensa un niño con este trastorno, es fundamental y para ello, es preciso que los participantes de la escuela de padres empaticen con sus hijos, logrando así un desarrollo social y emocional en la relaciones paterno filiales (Moreno Ruíz, López, Pérez & Ochoa, 2009). Para lograr esto, todas las sesiones llevadas a cabo, deberán de incluir actividades estimulantes con necesidad de novedad, que favorezcan la participación según indica Barkley (2002).

Uno de los materiales que permite involucrar a los padres en las diferentes dinámicas es el juego representando la realidad, la simbolización, habilidades y competencias, enculturación y socialización como señala Gracia Millá (2012). Las distintas actividades realizadas en la escuela de padres a través del juego, deben hacerles reflexionar según Hernández López, Becerra, García, & Gutiérrez (2008), acerca de sus creencias, actitudes y reacciones que tienen con sus hijos, dotando de vital importancia el estilo educativo empleado, ya que existe una relación con lo que respecta al desarrollo y mantenimiento de los síntomas de TDAH (Peris & Hinshaw, 2003).

Intervención en la escuela: Está dirigida a mejorar el desempeño académico, sin embargo, la conducta en las clases y las relaciones interpersonales también son importantes, según Garrido, Loyo & Orta (2006). Los procedimientos utilizados son similares a las estrategias empleados con los padres en la intervención anterior.

Es preciso tener el aula en orden, para trabajar con el alumno los patrones organizativos, como son el uso de agenda, rutinas, etc.

En el centro educativo también deben considerar la adaptación de trabajos y exámenes, ya que estos niños escriben lentamente, además de proporcionar incentivos y refuerzos ya sean materiales o sociales, para favorecer su motivación en clase (Arana Castro, Ibarra, Magdalena & García Hernández, 2013).

Tratamiento psicopedagógico

Este tratamiento pertenece al ámbito escolar, dirigido a mejorar los hábitos, las habilidades académicas y el comportamiento del niño en el colegio, procurando comprender los procesos de enseñanza-aprendizaje en los contextos escolares y extraescolares e interviniendo eficazmente en su mejora, tras permitir al estudiante abordar las situaciones de aprendizaje de un modo más eficaz (Alda, 2011).

Abad-Mas (2013), presenta una intervención psicopedagógica desde las relaciones sociales, para ello, considera fundamental el uso de programas de modificación de conducta, de habilidades sociales e inteligencia emocional. Algunas de las técnicas son los entrenamientos en conversaciones, de autocontrol, control de la ira y relajación, desarrollo de la autopercepción, resolución de problemas y estrategias de afrontamiento.

Intervención al alumno con TDAH: Está centrada en el uso de la psicoterapia individual para tratar episodios depresivos, baja autoestima, ansiedad u otra sintomatología asociada (Garrido, et al., 2006). Además de realizarse un esfuerzo concertado para mejorar el control de impulsos, disminuir el enfado e incrementar las habilidades sociales. Estos programas de intervención se llevan a cabo en verano, para realizar una combinación de entrenamiento en habilidades sociales con una intervención conductual, como solución de problemas con sus iguales en escenarios recreacionales, según añade de la Peña, et al. (2009).

Otros Tratamientos: que se pueden englobar en cualquiera de las terapias y/o intervenciones anteriormente presentadas son los que a continuación se presentan. La habilidad social vendría definida como una destreza necesaria, para interactuar satisfactoriamente con iguales y adultos en diferentes contextos. Esta destreza está desadaptada en los niños con TDAH debido a la falta de autocontrol, frecuente

pasividad, timidez, falta de asertividad y aislamiento social. Para ello, el entrenamiento de habilidades sociales es otra de las intervenciones que se utilizan para mejorar la autoestima, el autoconcepto y evitar la frustración de la persona que padece este trastorno, según García-Savaté, Prados-Parra, Calleja-Pérez, Muñoz-Jareño & Fernández-Perrone (2012).

Otro tratamiento menos conocido, pero también muy respaldado por autores como (Amanda, 2012; Pascual-Castroviejo, 2008), por sus buenos resultados, es el entrenamiento de técnicas de relajación, para paliar los síntomas relacionados con la ansiedad, el estrés y la impulsividad que presenta una persona con TDAH. Algunas de las técnicas empleadas para este tratamiento según Antón (2014), son la respiración diafragmática y la relajación muscular de Koeppen, siendo la última conocida por hacer uso del lenguaje simplificado y la fantasía imaginativa con animales.

c. Tratamiento combinado, multimodal

El tratamiento combinado según Fredriksen et al. (2014), se refiere al conjunto de intervenciones multimodales, basadas en el tratamiento farmacológico, ayudando con efectos inmediatos, la terapia cognitivo-conductual y programas psicosociales, proporcionando estrategias y habilidades a largo plazo, tanto en ámbitos familiares como educativos. Otra área de interés en relación al tratamiento combinado es la posibilidad de reducir el riesgo de los efectos secundarios de la medicación (Loro-López, et al., 2009).

Este tipo de tratamiento es útil según Casas, Merelo, Diago & Roselló (2014), para tratar los trastornos comórbidos, ofreciéndoles un entrenamiento para la organización de actividades diarias e incorporando a la familia en el plan de tratamiento.

Muchos son los tratamientos que se realizan para evitar que el TDAH vaya a más, como ya se ha expuesto anteriormente, estos tratamientos se van a emplear bajo criterio de diferentes profesionales. Sin embargo Abad-Mas (2013), afirma que National Institute of Mental Health recomienda el tratamiento combinado como el tratamiento más eficaz para la evolución de los niños con TDAH.

CAPÍTULO III: DISEÑO. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

1. Objetivos general y específicos

El objetivo principal que se persigue en este Diseño de Propuesta de intervención es el de comprender a un niño con TDAH, especialmente está dirigido a sus familiares, que suelen estar frustrados y desmotivados por no saber entenderles, o se sienten perdidos en múltiples ocasiones.

Los objetivos específicos de este apartado son los siguientes:

- Dotar a la familia de una comunicación afectiva para mejorar la autoestima, de su hijo a través del refuerzo positivo.
- Transmitir desde la psicoeducación, estrategias para las habilidades sociales y la inteligencia emocional.
- Instruir a la familia en pautas y técnicas de modificación de conducta o hábitos de estudio necesarios para el TDAH.
- Empatizar con las familias y hacerlas ver que no están solas en esta situación, a partir de las experiencias de los otros padres.
- Promover un ambiente favorable en el desarrollo de la escuela de padres, trabajando de forma grupal y respetando las opiniones de los demás.
- Hacer reflexionar al colectivo de padres con cada actuación que tienen con sus hijos.

2. Hipótesis

En esta propuesta de intervención psicoeducativa se plantean varias hipótesis en base a los objetivos anteriormente presentados.

- La formación de una comunicación afectiva para la familia, conseguirá mejorar la autoestima de sus hijos.
- La transmisión de estrategias a los padres desde la psicoeducación, fomentará las habilidades sociales y la inteligencia emocional de sus hijos.
- La instrucción a la familia en pautas y técnicas de modificación de conducta o hábitos de estudio, logrará la obediencia por parte de sus hijos y la planificación de una rutina diaria de estudio.
- Las sesiones con las familias y la aportación de información, harán ver a los padres que no están solos en esta situación y que podrán ayudarse a partir de las experiencias de otros padres que pasan por lo mismo.
- La implicación a través de un trabajo grupal para fomentar el respeto de las opiniones entre los participantes, logrará que los padres desarrollen un ambiente favorable en la escuela.
- La reflexión sobre las actitudes y actuaciones que tienen las familias con sus hijos, activará un sentido crítico que les hará mejorar las pautas llevadas a cabo en el día a día.

3. Procedimiento

Este Trabajo Fin de Grado que voy a llevar a cabo se llama “Ponte en su lugar”, es una escuela de padres que intenta centrar e instruir a las familias con hijos que tienen TDAH, se va a desarrollar de forma práctica, a través de dinámicas y juegos que exponen la información que los padres deben de tener, para entender y empatizar con el trastorno que padecen sus hijos.

Dirigido por una orientadora educativa en un centro escolar, a un grupo de padres interesados en comprender el TDAH desde la empatía. Es necesario, la presencia tanto de la madre como del padre y la asistencia total a todas las sesiones.

Al final, este proyecto pretende ayudar tanto a los padres interesados, aportando técnicas y pautas que les permitan controlar las diferentes situaciones diarias, como a sus hijos evitando que el trastorno desencadene dificultades asociadas en los diferentes ámbitos de su desarrollo personal. Por ello, esta escuela de padres abordará temas como las habilidades sociales, el rendimiento académico o la modificación de conducta entre otros.

Metodologías de las sesiones

La metodología empleada en cada una de las sesiones es activa, presencial y cooperativa, ya que los padres son los participantes que a través de sus experiencias y aportaciones imparten la información de TDAH y la orientadora aprovechando lo que los padres conocen, planifica dinámicas que permitan empatizar con el trastorno y llegar a comprender lo que supone, buscando soluciones y trasladándolas mediante casos cotidianos. Además todas las sesiones se desarrollarán por grupos que permitan trabajar las diferentes actividades de forma cooperativa y participativa.

Acorde con la organización de actividades que sigue Monjas (1999), cada una de las dinámicas tiene un proceso, primero transmitir el objeto del juego, presentando y preparando la actividad, después explicar el desarrollo del juego, para una posterior ejecución y finalmente dejar un tiempo para la reflexión y la puesta en común, evaluando el proceso de aprendizaje y valorando el desarrollo de la dinámica.

Temporalización

Estas ocho sesiones se llevarán a cabo en un plazo de cuatro meses, con una sesión cada dos semanas, estableciendo bajo el consenso de todos los participantes, el día y la hora que será los viernes de 19:00h a 20:30h., con una duración de 90 minutos. Además los padres deberán de emplear tiempo en realizar una serie de registros entre sesión y sesión, relacionados con los temas que se aborden los viernes de reunión.

Recursos personales y materiales

Es fundamental contar con la participación de los asistentes y además disponer de materiales como disfraces para la caracterización en el “role-playing”, fichas informativas, trípticos, hojas de evaluación, materiales adaptados, como juegos de mesa, pañuelos, materiales escolares, pizarra, ordenador y proyector para visualizar vídeos. Además cuentan con un blog que les permite acceder mediante una clave, para recordar todo lo aprendido en las sesiones, poniendo en uso el material digital.

Evaluación de las sesiones

Cada sesión se evaluará de forma inicial, con una lluvia de ideas para conocer lo que saben sobre el tema que se va a abordar. El proceso se medirá a modo observacional como evaluación continua, donde se registrará las actuaciones de los padres y se les corregirá los aspectos negativos, entre una heteroevaluación donde el resto de participantes también aconsejarán y una autoevaluación, recogida en cada registro semanal. En la evaluación final se expondrán casos prácticos y tendrán que saber actuar en cada uno de ellos, incluso al compartirlo, los otros grupos pueden corregir sobre aquello que no esté del todo correcto o simplemente completar aquellos aspectos que el grupo haya ignorado en su actuación. La última sesión pone a prueba todo lo aprendido en la escuela de padres.

Organización de las sesiones

1. Los padres, los principales educadores	2. En busca del mejor resultado	3. Eres alguien muy importante, ¡Quiérete!	4.El aula desordenada
5. ¿Esfuerzo o calificaciones?	6. Viaje al pasado	7. Los insectos maleducados	8. Mañana seré...feliz.

4. Sesiones

<u>Sesión 1. Los padres los principales educadores</u>	
<p>Los objetivos principales que se persiguen en esta sesión son:</p> <p>Presentar la escuela de padres y las sesiones que la forman.</p> <p>Empatizar con el TDAH para llegar a comprender lo que es y cómo se siente alguien que lo padece.</p> <p>Introducir dinámicas de trabajo en grupo para conocer a los participantes.</p>	<p>Los tipos de Evaluación que se llevarán a cabo serán:</p> <p>Evaluación Inicial de modo observacional, dónde se registra el conocimiento previo que tienen los padres sobre el TDAH.</p> <p>Heteroevaluación, donde los padres evalúan las intervenciones de los otros participantes.</p> <p>El Contrato personal hará constancia de cómo se involucran los padres.</p>
<p>Temporalización y descripción de la sesión</p> <p>Esta sesión de presentación y toma de contacto tiene una duración de hora y media y se organiza de la siguiente manera:</p> <p>10 minutos. Explicación sobre en lo que va a consistir esta escuela de padres.</p> <p>10 minutos. Presentación de cada uno y de cada caso con la dinámica del ovillo de lana.</p> <p>15 minutos para rellenar el cuestionario personal y la hoja de las expectativas que ellos tienen y que quieren trabajar, así como curiosidades, sugerencias u observaciones.</p> <p>1 hora de dinámicas para la explicación del TDAH</p> <p style="padding-left: 20px;">20 minutos ¿Qué es el TDAH?</p> <p style="padding-left: 40px;">10 minutos contestación de los padres (lluvia de ideas)</p> <p style="padding-left: 40px;">10 minutos información adicional</p> <p style="padding-left: 60px;">5 minutos: Información teórica</p> <p style="padding-left: 60px;">5 minutos: Dinámica para empatizar.</p> <p>20 minutos: Causas del TDAH y tratamiento</p> <p style="padding-left: 20px;">5 minutos contestación de los padres (lluvia de ideas)</p> <p style="padding-left: 20px;">25 minutos de role-playing</p> <p style="padding-left: 20px;">10 minutos de tratamientos que se pueden dar a esos comportamientos</p> <p style="padding-left: 20px;">10 minutos de información adicional</p> <p style="padding-left: 20px;">5 minutos de firma de contrato y de reparto de contrato para los niños</p> <p>Las dinámicas vienen desarrolladas en el <u>Anexo 4.1.</u></p>	

<p>Las habilidades que se van a trabajar son:</p> <p>Las habilidades sociales, que van a permitir comprender a los demás, respetar sus opiniones y experiencias, así como empatizar con el problema y relacionarse con el resto.</p> <p>La habilidad convencional, para el seguimiento de la información.</p>	<p>Los Materiales empleados son:</p> <p>Hoja de expectativas.</p> <p>Cuestionario personal.</p> <p>Ovillo de lana.</p> <p>Bolígrafos, hojas, tizas y pizarra.</p> <p>Contrato de padres.</p> <p>Contrato para niños.</p>
--	---

Sesión 2 En busca del mejor resultado

<p>Los Objetivos que se persiguen en esta sesión son:</p> <p>Informar del tratamiento farmacológico, entendiendo que efecto tiene la medicación en el cerebro de un TDAH.</p> <p>Conocer otros tratamientos efectivos para el TDAH.</p> <p>Hacer reflexionar a los padres sobre el estilo educativo que emplean en casa.</p>	<p>La Evaluación es:</p> <p>Evaluación inicial al preguntarles que es lo que saben sobre la medicación.</p> <p>Heteroevaluación al compartir experiencias y ponerlas en común entre sí.</p> <p>Registro de estilos educativos para rellenar en casa a modo de autoevaluación.</p>
---	--

Temporalización y descripción de la sesión

Esta sesión de hora y media trata sobre los tratamientos del TDAH y está dividida en dos partes:

30 minutos dedicados a la parte del tratamiento farmacológico, impartidos por una psiquiatra.

- 10 primeros minutos: vídeo para explicar el funcionamiento del cerebro en un TDAH y el efecto del metilfenidato
- 15 minutos para que ellos hablen de sus vivencias con la medicación
 - 5 minutos de lluvia de ideas
 - 10 minutos para rueda de experiencias y así averiguar qué es lo que saben y eliminar falsos mitos.
- 5 minutos tríptico de medicamentos con efectos secundarios de cada uno.

La segunda parte de esta sesión está dedicada a otros tratamientos no farmacológicos

20 minutos para la dinámica “En busca del mejor resultado”, dónde se establece un debate entre el tratamiento farmacológico y el no farmacológico.

5 minutos para la preparación de argumentos

10 minutos para el debate

5 minutos para reflexionar y hablar del tratamiento eficaz.

35 minutos de dinámica role-playing para la representación de los 4 estilos educativos.

5 minutos de preparación

20 minutos de puesta en escena (5 minutos por grupo).

10 minutos de puesta en común y reflexión

5 minutos de explicación del registro para casa sobre el estilo educativo.

Las dinámicas vienen desarrolladas en el Anexo 4.2.

<p>Las habilidades que se van a trabajar son:</p> <p>Habilidad social, empatizando con el resto de los participantes y respetando.</p> <p>Habilidad convencional, recibiendo información, negociando, planeando y liderando.</p> <p>Habilidad cognitiva, para la resolución de problemas y la toma de decisiones.</p>	<p>Los Materiales de esta sesión son:</p> <p>Vídeo del metilfenidato.</p> <p>Tríptico con los diferentes medicamentos.</p> <p>Hojas, bolígrafos, tizas y pizarra.</p> <p>Estilos educativos para el role-playing.</p> <p>Registro de los estilos educativos.</p>
--	---

<u>Sesión 3 Eres alguien muy importante, ¡Quiérete!</u>	
<p>Los Objetivos que se persiguen en esta sesión son:</p> <p>Dotar a la familia de una comunicación afectiva.</p> <p>Reforzar la autoestima a través de la reflexión en la actuación de los padres.</p>	<p>La Evaluación en esta sesión es:</p> <p>Heteroevaluación donde se valorará los resultados del registro de estilos educativos.</p> <p>Autoevaluación al ver los diferentes casos cotidianos.</p>
<p>Temporalización y descripción de la sesión</p> <p>Esta sesión consiste en reflexionar sobre las actuaciones diarias y reforzar la autoestima en hora y media dividida de la siguiente manera:</p> <p>10 minutos para hablar de los registros de los estilos educativos de cada familia.</p>	

<p>20 minutos para la dinámica de comunicación por parejas y dedicar tiempo a que exterioricen lo que han sentido.</p> <p>25 minutos para reflexionar sobre situaciones cotidianas:</p> <p> 15 minutos para leer situaciones comunes, analizar, reflexionar y evaluar.</p> <p> 10 minutos para transformar un texto por grupos y ponerlo en común.</p> <p>30 minutos para hacer dinámicas referidas a la autoestima.</p> <p> 20 minutos para la dinámica del “Entierro del no puedo en el Árbol de la autoestima” dedicada a reforzar el autoconcepto y evitar la frustración.</p> <p> 10 minutos para la dinámica del “Tesoro oculto” para reflexionar y valorar lo que tenemos.</p> <p>5 minutos para la explicación y la entrega de registro sobre la autoestima.</p> <p>Las dinámicas vienen desarrolladas en el <u>Anexo 4.3</u>.</p>	
<p>Las Habilidades que se trabajan en esta sesión:</p> <p>Habilidad emocional, para reforzar el autoconcepto y aumentar la autoestima.</p> <p>Habilidades comunicativas, para interactuar de forma afectiva.</p> <p>Habilidades sociales, para favorecer la cooperación.</p> <p>Habilidad convencional, al recibir y procesar la información recibida.</p> <p>Habilidad creativa para las actividades con manualidades.</p>	<p>Los Materiales de esta sesión son:</p> <p>8 pañuelos para vendar los ojos por parejas</p> <p>Fichas con situaciones cotidianas para empatizar.</p> <p>Hojas, bolígrafos, pinturas, tizas y pizarra.</p> <p>Gomets de estrellas.</p> <p>Medallas.</p> <p>Caja de zapatos.</p> <p>Caja con espejo.</p> <p>Hoja de registro para casa.</p>

<u>Sesión 4 El aula desordenada</u>	
<p>Los Objetivos que se quieren lograr en esta sesión son:</p> <p>Ordenar y planificar el ambiente en el que se trabaja y se convive.</p> <p>Delimitar las normas y límites que hay que poner a los niños.</p>	<p>La Evaluación se llevará a cabo mediante:</p> <p>Evaluación inicial al preguntar los conocimientos previos del desorden y la desorganización del TDAH.</p> <p>Evaluación continua, por economía de fichas en la gymkana.</p>

<p>Modificar la conducta para que obedezcan las normas propuestas.</p>	<p>Evaluación final sobre el registro de autoestima</p> <p>Heteroevaluación por la puesta en común y las opiniones del resto de los participantes.</p> <p>Autoevaluación para el registro de modificación de conducta.</p>
<p>Temporalización y descripción de la sesión</p> <p>Esta sesión se centra en el tema de las normas y los límites. Es de 90 minutos de duración, dividida en dos partes diferenciadas, siendo la primera dedicada a las rutinas organizativas, con una duración de 40 minutos como se expone a continuación:</p> <p>10 minutos La clase está desordenada, las sillas y las mesas en diferentes posiciones, horarios mal estructurados, agendas de otros años vacías, etc. Por tanto, hay que descubrir porque está así la clase y que es lo que nos impide trabajar de forma adecuada.</p> <p>30 minutos dedicados a las rutinas organizativas</p> <p>25 minutos. Realización de la “Gymkana del orden y la organización”</p> <p>5 minutos. Economía de fichas y puesta en común.</p> <p>La segunda parte de 35 minutos está dedicado a las normas y límites:</p> <p>10 minutos dedicados a consensuar las normas de casa por grupos.</p> <p>10 minutos para la explicación de las pautas de modificación de conducta.</p> <p>15 minutos para la dinámica “Representando la realidad” y exposición de las técnicas de modificación de conducta</p> <p>10 minutos: Puesta en común del registro de la autoestima de la sesión pasada.</p> <p>5 minutos: explicación del nuevo registro de técnicas de modificación de conducta.</p> <p>Las dinámicas vienen desarrolladas en el <u>Anexo 4.4.</u></p>	
<p>Las Habilidades que se trabajan en esta sesión:</p> <p>Habilidades sociales para colaborar en la gymkana.</p> <p>Habilidad creativa, para desenvolverse en la representación.</p> <p>Habilidad convencional para recibir e interpretar la información que se muestra.</p>	<p>Los Materiales de esta sesión son:</p> <p>Para la gymkana: 4 Agendas, 4 calendarios del mes de mayo, 4 alarmas, 4 secuencias de rutinas con 8 pictogramas cada una de ellas, cartulinas, bolígrafos, 4 alarmas, 4 sobres, termo de café, vasos de plástico, hoja de registro de economía de fichas, estanterías, poss-its, hoja de organización</p>

	de deberes, plantilla de organización semanal, pistas de colores y modelo de un registro de economía de fichas para modificación de conducta.
--	---

<u>Sesión 5 ¿Esfuerzo o calificaciones?</u>	
<p>Los Objetivos que se quieren lograr en esta sesión son:</p> <p>Comprender al niño de TDAH en el ámbito académico.</p> <p>Conocer estrategias para lidiar con el problema escolar.</p>	<p>La Evaluación se llevará a cabo mediante:</p> <p>Evaluación continua.</p> <p>Autoevaluación a la hora de reflexionar en cómo lo hacen ellos en sus respectivos hogares.</p> <p>Heteroevaluación para saber la opinión del resto de participantes ante el trabajo realizado por los otros grupos.</p>
<p>Temporalización y descripción de la sesión</p> <p>Esta sesión dedicada a los hábitos de estudio y al rendimiento académico, se divide en hora y media, estando los primeros 25 minutos dirigidos a la organización del estudio:</p> <p>10 minutos para clasificar las diferentes pautas de las actuaciones anteriores y compartirlas con el resto del colectivo.</p> <p>15 minutos para la dinámica de impulsividad y semáforo. Además de la reflexión de cómo se han sentido, distraídos, inquietos...</p> <p>50 minutos para llevar a cabo tareas escolares donde presentan dificultades los TDAH.</p> <p>10 minutos para el ejercicio “Lee atentamente”.</p> <p>20 minutos “El elefante encadenado”, texto sobre la indefensión aprendida, que consiste en contestar preguntas mediante autoinstrucciones.</p> <p>10 minutos para la resolución de problemas matemáticos.</p> <p>10 minutos para la dinámica “El gato perezoso”, sobre los ejercicios de relajación de Koepen.</p> <p>10 minutos para hablar del registro de técnicas de modificación de conducta.</p> <p>5 minutos para la comunicación del profesor y la familia mediante la agenda.</p> <p>Las dinámicas vienen desarrolladas en el <u>Anexo 4.5</u>.</p>	

<p>Las Habilidades que más se desarrollan en esta sesión son:</p> <p>La habilidad cognitiva, para la resolución de problemas planteados.</p> <p>Habilidades sociales, para respetar el turno del resto de participantes.</p>	<p>Los Materiales de esta sesión son:</p> <p>Estuches grandes y pequeños.</p> <p>Sillas con papeles en las patas.</p> <p>Hojas, bolígrafos, tizas y pizarra.</p> <p>Hoja con preguntas impulsivas.</p> <p>Semáforo.</p> <p>Hoja de comprensión lectora, texto el “Elefante encadenado”.</p> <p>Una caja y poss-its.</p> <p>Ejercicios de matemáticas.</p>
---	--

Sesión 6 Viaje al pasado

<p>Los Objetivos que se quieren lograr en esta sesión son:</p> <p>Fomentar las habilidades sociales mediante el recuerdo del pasado.</p> <p>Utilizar técnicas para acercar esas habilidades sociales.</p>	<p>La Evaluación se llevará a cabo mediante:</p> <p>Autoevaluación, tras la reflexión de su pasado ante alguna situación de rechazo que ellos hayan vivido.</p> <p>Heteroevaluación al compartir las diferentes opiniones.</p>
--	---

Temporalización y descripción de la sesión

Esta sesión dedicada a fomentar las habilidades sociales, siendo dividida en hora y media de la siguiente manera:

5 minutos exponiendo las experiencias de los padres con los profesores acerca de su hijo y de las habilidades sociales introduciendo el tema del que se va a hablar.

40 minutos dedicados a las técnicas de las habilidades sociales.

20 minutos para la dinámica de role-playing “¿Cómo hacer amigos?”, sobre situaciones que no hay que hacer y puesta en común de cada una de ellas.

5 minutos de vídeo que representa el modelado de los padres para sus hijos.

15 minutos para la realización de la dinámica “Examen de señas”, dónde se valoran las habilidades sociales de sus hijos, fijando un sistema de señas para cada actitud.

40 minutos dedicados para empatizar con un niño de TDAH con dificultades sociales.

20 minutos para la dinámica “Pensamiento crítico-reflexivo”, para plantear soluciones a posibles conflictos sociales y compartirlo.

20 minutos para la dinámica: “Macedonia”.

5 minutos para registro de habilidades sociales.	
Las dinámicas vienen desarrolladas en el <u>Anexo 4.6.</u>	
Las Habilidades que más se desarrollan en esta sesión son: Habilidad cognitiva, para la resolución de problemas. Habilidades sociales, con el trabajo cooperativo. Habilidad creativa.	Los Materiales de esta sesión son: Bolígrafos y folios. Vídeo y ordenador con proyector. Examen de conductas, chapas y cartas. Hojas que representan lo que no hay que hacer.

<u>Sesión 7 Los insectos maleducados</u>	
Los Objetivos que se quieren lograr en esta sesión son: Empatizar con el niño TDAH en situaciones cotidianas. Buscar soluciones para la conducta de un TDAH ante situaciones cotidianas. Lidiar entre los hermanos y buscar justicia ante su educación evitando la comparación.	La Evaluación se llevará a cabo mediante: Autoevaluación, al valorar que se hace en las respectivas situaciones personales. Heteroevaluación, al leer y comentar la planificación del fin de semana de otra persona. Evaluación continua, al seguir los diferentes registros. Evaluación final, al llevarse como tarea para la próxima sesión una planificación del fin de semana.
Temporalización y descripción de la sesión	
Esta sesión está dedicada a comprender a los niños con TDAH en su día a día, ante eventos, situaciones familiares o planificaciones vacacionales, dura hora y media y está dividida de la siguiente manera: 10 minutos para ver el registro de habilidades sociales, de la semana pasada. 25 minutos para protagonizar situaciones vividas mediante roles y la imaginación. 5 minutos para el símil de la dinámica “insectos maleducados”, cerrando los ojos para entender cómo se sienten los niños de TDAH con hiperactividad en el teatro. 20 minutos para la dinámica “Situaciones famosas”, trata de momentos conocidos en cada una de las familias y comentar con el resto la dinámica y sus experiencias. 20 minutos para organizar e introducir al niño de TDAH en los planes familiares.	

<p>10 minutos para escribir la organización del fin de semana.</p> <p>10 minutos para la planificación de las vacaciones.</p> <p>30 minutos para las dos dinámicas siguientes, dedicadas a la importancia que tiene la justicia en el caso de tener otro hermano sin TDAH, como lidiar en esas ocasiones:</p> <p>20 minutos para la dinámica “El juicio justo”.</p> <p>10 minutos para la dinámica “Los dos cuadros más bonitos”.</p> <p>5 minutos planificar futuras excursiones o fin de semanas y contarlos en la siguiente sesión.</p> <p>Las dinámicas vienen desarrolladas en el <u>Anexo 4.7.</u></p>	
<p>Las Habilidades que más se desarrollan en esta sesión son:</p> <p>Habilidad cognitiva para la resolución de problemas.</p> <p>Habilidades sociales, con el trabajo cooperativo y la realización de las dinámicas.</p> <p>Habilidad convencional para procesar la información.</p>	<p>Los Materiales de esta sesión son:</p> <p>Papeles para la representación.</p> <p>Hojas y bolígrafos.</p> <p>4 disfraces de juez (pelucas o trapos).</p> <p>Un ordenador con proyector para ilustrar las imágenes de la última dinámica.</p>

<u>Sesión 8 Mañana seré... feliz</u>	
<p>Los Objetivos que se quieren lograr en esta sesión son:</p> <p>Valorar al niño con TDAH, proporcionándole una serie de pautas.</p> <p>Recordar todas las técnicas aportadas por la escuela de padres y ponerlas en práctica.</p>	<p>La Evaluación se llevará a cabo mediante:</p> <p>Autoevaluación, al pensar en las experiencias vividas.</p> <p>Heteroevaluación.</p> <p>Evaluación final con el juego de mesa que pone a prueba el conocimiento aprendido durante toda la escuela de padres.</p>
<p>Temporalización y descripción de la sesión</p> <p>Esta última sesión está dedicada al futuro del niño de TDAH, todos los padres quieren lo mejor para sus hijos. Esta sesión se divide en hora y media, de la siguiente manera:</p> <p>25 minutos para reflexionar y hablar del futuro de un TDAH.</p> <p>10 minutos “Abanico de valores”.</p>	

15 minutos Vídeo y preguntas reflexivas sobre que querían ser de pequeños, lo que les ha costado llegar hasta ahí y quiénes en su vida les han ayudado para esa trayectoria.

65 minutos, repasando todas las sesiones mediante un juego de mesa adaptado.

10 minutos de repaso de todo lo visto hasta ahora previo al juego de mesa.

40 minutos. ParTDAHy par a poner a prueba todo lo que se ha aprendido.

15 minutos. Dudas finales, saber si se ha cumplido las expectativas, definir el curso con una palabra y rellenar encuesta de satisfacción.

Las dinámicas vienen desarrolladas en el Anexo 4.8.

Las **Habilidades** que más se desarrollan en esta sesión son:

Habilidad cognitiva, para la resolución de problemas.

Habilidades sociales, por el trabajo grupal.

Habilidad convencional, para procesar la información.

Habilidad creativa.

Los **Materiales** de esta sesión son:

Papel, pinturas, tijeras, bolígrafos.

Vídeo y ordenador con proyector.

Tablero de “ParTDAHy”, fichas, economía de fichas, gomets, regalo sorpresa, preguntas adaptadas, dado, tiempo.

Encuesta de satisfacción.

CAPÍTULO IV: CONTEXTO

Uno de los puntos fuertes que tiene esta propuesta centrada en la escuela de padres es que al empatizar y comprender lo que es el TDAH, es más fácil buscar soluciones y acercarse al trastorno, aportando unas pautas y técnicas previamente comprendidas por los participantes que asisten a las diferentes sesiones.

Además el hecho de trabajar de forma cooperativa en grupos reducidos, hace que sea un colectivo asequible para llevar a cabo las dinámicas y donde se permite compartir las experiencias y opiniones de cada una de las familias que acuden.

Al reunirse cada dos semanas, hace que las familias puedan interiorizar lo aprendido en cada sesión y les dé tiempo a ponerlo en práctica, para posteriormente compartirlo en la primera parte de dichas reuniones de hora y media de duración.

Empatizar con los padres y compartir experiencias de otros participantes que están en su misma situación, es una fortaleza ya que les hace sentirse más seguros, ayudarse entre ellos y orientarse con cada una de las aportaciones de la escuela de padres. Para ellos supone un refuerzo importante encontrar soluciones a este problema con el que conviven en su día a día.

La orientadora podrá asesorar a profesores y familias a través de técnicas específicas o información y formación sobre la temática, haciendo uso de sus funciones ya que mantiene el vínculo familia-centro, lo que permite el desarrollo personal del alumno.

Otra fortaleza añadida es la referida a la metodología usada, a través de dinámicas y prácticas estructuradas, que permiten a los asistentes participar en las actividades de una forma lúdica y entretenida, usando el juego como vehículo informativo en cada una de las sesiones.

Por otro lado, esta escuela de padres tiene algunos puntos de mejora. Al terminar todas las sesiones, se pretende que los padres sigan las recomendaciones y las pautas aprendidas en la escuela de padres, sin embargo nuevas situaciones hacen que en muchas ocasiones se tienda a utilizar un estilo educativo parental no apropiado o se olviden las técnicas aprendidas, surjan nuevas dudas, etc. Para esto, una de las soluciones que se propone es la de hacer un seguimiento continuado, para recordar

la importancia que los padres tienen en este proceso y para que cuenten sus progresos y sus retrocesos.

Otro de los puntos de mejora es que el grupo de participantes queda limitado a los padres con hijos con TDAH, que provienen del centro educativo en el que se imparten las sesiones de la escuela de padres. Para dar solución a esto, pueden crearse escuelas de padres para otros grupos y sobre todo anunciarlo en lugares como centros cívicos, en los que puedan acudir otras personas interesadas.

Tanto involucrase como colaborar con este proyecto es clave para proporcionar un desarrollo adecuado del mismo, por tanto para evitar la escasa participación de los padres o la falta de asistencia, se les hará firmar un contrato de compromiso al inicio de esta escuela de padres.

Finalmente, es preciso aclarar que este proyecto se ha hecho con la intención de acercar a los participantes el TDAH de una forma diferente. Se pretende llamar la atención y fomentar la participación en todo momento, para intentar conseguir el objetivo principal de empatizar con el trastorno y sobre todo que los padres se sientan cómodos. Además es necesario que divulguen y formen al resto de la comunidad con lo aprendido en esta escuela de padres, para facilitar el desarrollo personal de los individuos que presentan TDAH.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES E IMPLICACIONES

Por ser este Trabajo de Fin de Grado un primer contacto con un proyecto de tal envergadura, la propuesta de intervención psicoeducativa para padres con hijos de TDAH mediante una escuela de padres, ha supuesto una serie de limitaciones que se recogen en las siguientes líneas.

Después de varias revisiones, se han llevado a cabo algunas modificaciones en relación con los autores analizados, para lograr una justificación válida y adecuada con el marco teórico presentado. Tras la investigación y la lectura de numerosas fuentes académicas, la estructura del índice también ha sufrido cambios para lograr claridad, orden y pertinencia en los contenidos.

Por otra parte, el diseño de la propuesta de intervención ha sido transformado. En un primer momento este trabajo se ha centrado en una familia concreta, trabajando las habilidades sociales y finalmente tras las orientaciones recibidas por mi tutora, ha tomado la forma de una escuela de padres en la que se tratan varios temas mediante sesiones que incluyen dinámicas, las cuales también han sido modificadas para buscar una adecuación a los contenidos que previamente se encuentran en el marco teórico de este trabajo.

Aspectos como la temporalización o la metodología han cambiado, tras tener asesoramiento con padres de hijos con TDAH, y ser consciente que los días idóneos de las reuniones para llevar a cabo la escuela de padres son los viernes. La duración de las sesiones se ha reducido a hora y media y la metodología de las dinámicas de cada sesión han seguido los pasos que Monjas (1999), muestra en sus programaciones de actividades en habilidades sociales.

La falta informativa sobre escuelas de padres para familias con TDAH en las que desarrollen sus dinámicas mediante el juego, ha causado otra limitación para este trabajo, superada por las diferentes ideas transmitidas por la experiencia de fundaciones que han ayudado a inspirarme y a crear actividades y dinámicas innovadoras que centrarán este proyecto en la empatía y en la comprensión de este trastorno.

A pesar de las limitaciones encontradas en este trabajo, considero con la debida modestia que esta escuela de padres tiene la oportunidad de desarrollarse en un centro educativo, dedicado para familias y también puede ser adaptado para cualquier público que lo requiera en un espacio específico, y no limitarse sólo a un centro escolar. Esta escuela de padres pone solución al problema de la desinformación y la baja empatía con el TDAH. La importancia de dar tratamiento a este trastorno de moda, reside en la preocupación de las familias, debido a su alta prevalencia (Perote & Serrano, 2012), y a presentar síntomas simples que puede llegar a desencadenar graves secuelas acorde con Moreno Ruíz (2012).

Este trastorno neurobiológico es el más frecuente en la infancia según afirman de Alba & Sorribes (2013), por eso esta propuesta de intervención psicoeducativa acorde con Esperón & Gómez (2014), consiste en aportar estrategias para mejorar la información sobre el TDAH. Esta intervención para familias es muy importante (Mulas, Gandía, Roca, Etchepareborda & Abad, 2012), y sobre todo si se desarrolla en una escuela de padres que permita su entrenamiento a través de unas técnicas, las cuales sirvan para empatizar con el problema y abordar la sintomatología del trastorno de sus hijos (Korzeniowks & Ison, 2008).

Las intervenciones que permiten dar tratamiento al TDAH pueden ser desde un punto de vista farmacológico o no farmacológico. Sin embargo, es preciso destacar que el tratamiento multimodal, que combina los citados anteriores, es el más eficaz para la evolución de los niños con TDAH (Abad-Mas, 2013).

Estrategias para la psicoeducación y el entrenamiento del manejo conductual son algunas de las soluciones que atienden a este trastorno según Soutullo & Álvarez-Gómez (2013) y que se desarrollan en las diferentes sesiones. Por eso, esta escuela de padres permite según Lorenzo & Murías (2002), hacer uso de la comunicación, flexibilidad, comprensión, pertinencia y adecuación de todas las técnicas dadas, así como aportar refuerzo y generación de capacidades.

Algunos de estos temas que aborda esta escuela de padres, llamada “Ponte en su lugar” por su labor empático, son la definición y las causas del TDAH, resaltando que el TDAH es un trastorno de etiología multicausal (Lawton, Gerdes, Haack & Schneider, 2014; Spencer, Biederman & Mick, 2007), ya que en muchas ocasiones

los padres se culpan de esta situación, por ello esta intervención pretende hacerles ver que ellos no son la principal causa del problema.

Existen otros temas que preocupan más a las familias y se pretenden impartir desde una perspectiva resolutive y positiva. Por ejemplo, el tratamiento farmacológico preocupa a los padres, por ello una psiquiatra especialista dará esa parte de la sesión dedicada a la medicación, exponiendo los efectos secundarios (Guerrero, 2014), y aportándoles información para tomar esa decisión que tanto les inquieta.

Esta intervención tiene en cuenta la alta comorbilidad que presenta este trastorno (Hidalgo & Soutullo, 2012), y las dificultades asociadas a él, por ello proporciona técnicas y estrategias a las familias para favorecer el rendimiento escolar de sus hijos, enfatizando en la comprensión lectora, expresión escrita (Disgrafía), expresión de cálculo (Discalculia) y hábitos de estudio (Perote & Serrano, 2012). A través de pautas, modificación de conducta y autoinstrucciones, para obtener un pensamiento reflexivo y resolutivo ante los problemas de cualquier tipo (Orjales, 2007).

Las habilidades sociales y la autoestima son otros de los temas que ocupan las sesiones de esta escuela de padres. Acorde con García-Savaté, Prados-Parra, Calleja-Pérez, Muñoz-Jareño & Fernández-Perrone (2012), las personas con TDAH muestran dificultad en la destreza de las habilidades sociales, por ello en esta intervención psicoeducativa se facilita unas pautas para mejorar, basándose en el modelado y en la resolución de problemas. La autoestima y la comunicación se trabajan en las sesiones mediante refuerzos positivos y dinámicas motivantes que ayudan a aumentar el autoconcepto y a disminuir la alta frustración.

Una de las tareas más difíciles para los padres de un niño con TDAH es lograr que éste obedezca. Para ello, es importante que los padres reflexionen acerca del estilo educativo empleado en sus casas y sobre las normas y límites que establecen con sus hijos, ya que un estilo educativo autoritario o permisivo fomenta la aparición de otras comorbilidades, como negativista desafiante, (Peris & Hinshaw, 2003). El estilo educativo de referencia para estos niños es el democrático acorde con Raya, Herreruzo & Pino (2008).

Controlar situaciones cotidianas o plantear el futuro del TDAH, son otras de las sesiones que ponen fin a esta intervención, haciendo ver a los padres que la mejor vía para que su hijo tenga un buen crecimiento personal radica en que se le acepte tal y cómo son, se les apoye y se les refuerce positivamente.

Todas las técnicas y estrategias que se imparten en la escuela de padres, se transmiten desde el juego, que según Gracia Millá (2012), representa la realidad, la simbolización, habilidades y competencias, enculturación y socialización. Estas dinámicas deben hacer reflexionar a los padres sobre sus creencias, actitudes y reacciones que tienen con sus hijos, según Hernández López, et al. (2008).

Por todo ello, la escuela de padres “Ponte en tu lugar”, pretende facilitar la convivencia con un niño o adolescente de TDAH, proporcionándoles técnicas y pautas que les permitan aprender y ponerlas en práctica en sus diferentes situaciones personales. Además se pretende afianzar unos grupos cooperativos que trabajen y que fomenten una actitud motivadora y participativa en todas las sesiones, con el fin de que lleguen a comprender lo que un niño con este trastorno siente, a través de recomendaciones dinámicas para que puedan controlar y canalizar de forma adecuada los síntomas de su hijo con TDAH.

BIBLIOGRAFÍA

- Abad-Mas, L., Ruiz-Andrés, R., Moreno-Madrid, F., Herrero, R. & Suay, E. (2013). Intervención psicopedagógica en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 57(1), 193-203.
- De Alba, A. M. & Sorribes, M. J. M. (2013). El sobrediagnòstic del TDAH overdiagnosis and ADHD. *Anuari de psicologia de la Societat Valenciana de Psicologia*, 15(1), 185-192.
- Alda, J. & Fernández, M. (2011). *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes*. Cataluña: AIAQS.
- Amanda, A. (2012). Presentación de dos asociaciones que trabajan en Málaga y provincia con el TDAH. *Revista AOSMA*, 15, 8-3.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.) Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM 5: Attention deficit hyperactivity disorder fact sheet*.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- Antón, A. (2014). Tratamiento cognitivo-conductual en un niño con ansiedad a la hora de dormir. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(1), 37-43. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4696873>
- Arana Castro, H. L., Ibarra, M., Magdalena, S. & García Hernández, C. (2013). Estrategias psicológicas para prevenir y detectar problemas conductuales en el aula con niños que presentan TDA y TDAH. *Psicología comunitaria* 17. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/6166>

- Arnsten, A. F. (2006). Stimulants: Therapeutic actions in ADHD. *Neuropsychopharmacology*, 31(11), 2376-2383. Recuperado de <http://www.nature.com/npp/journal/v31/n11/abs/1301164a.html>
- Artigas-Pallarés, J. (2004). Nuevas opciones terapéuticas en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 38(1), 117-23.
- Atienza, J. D. (2006). Comorbilidad en el TDAH/ADHD and comorbidity. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente*, 6(1), 44-55.
- Badía, I. R., Pujol, B. M. & Abril, B. M. (2006). El pediatra y la familia de un niño con TDAH. *Revista pediatría de atención primaria*, 8(4).
- Barkley, R.A. (1990). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guildford Press.
- Barkley, R.A. (1997). *ADHD and the Nature of Self-Control*. New York: Guildford Press.
- Barkley, R.A. (2002). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Guías para padres*, 2ª ed., Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- De la Barra, F. E., Vicente, B., Saldivia, S. & Melipillan, R. (2013). Epidemiology of ADHD in Chilean children and adolescents. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 5(1), 1-8. doi:10.1007/s12402-012-0090-6
- Basilio, H. & Isis, L. (2009). Una visión crítica del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Mexicana de Orientación Educativa*, 6(16), 43-49. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1665-75272009000100009&script=sci_arttext&tlng=es
- Blázquez Almería, G., Joseph Munné, D., Burón Masó, E., Carrillo González, C., Joseph Munné, M., Cuyás Reguera, M. & Freile Sánchez, R. (2005). Resultados del cribado de la sintomatología del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad en el ámbito escolar mediante la escala EDAH. *Revista de Neurología*, 41(10), 586-90.

- Brown, T. E. (2006). *Trastorno por Déficit de Atención, una mente desenfocada en niños y adultos*. Barcelona: Elsevier.
- Camino, E. G. (2012). Intervención social en los trastornos de conducta perturbadora (incluidos TDAH). *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*, 11(2), 73-85. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4738789>
- Capdevila-Brophy, C., Artigas-Pallarés, J. & Obiols-Llandrich, J. E. (2006). Tempo cognitivo lento: síntomas del trastorno de déficit de atención/hiperactividad predominantemente desatento o una nueva entidad clínica. *Revista de Neurología*, 42(2), 127-134.
- Casas, A. M., Merelo, C. B., Diago, C. C. & Roselló, R. (2014). Influence of the symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and comorbid disorders on functioning in adulthood. *Psicothema*, 26(4), 471-476. doi:10.7334/psicothema2014.121
- Castellanos, F. X. & Proal, E. (2012). Large-scale brain systems in ADHD: beyond the prefrontal–striatal model. *Trends in cognitive sciences*, 16(1), 17-26. doi:10.1016/j.tics.2011.11.007
- Castellanos, F. X., Sonuga-Barke, E. J., Milham, M. P. & Tannock, R. (2006). Characterizing cognition in ADHD: beyond executive dysfunction. *Trends in cognitive sciences*, 10(3), 117-123. doi: 10.1016/j.tics.2006.01.011
- Chronis, A. M., Chacko, A., Fabiano, G. A., Wymbs, B. T. & Pelham Jr, W. E. (2004). Enhancements to the behavioral parent-training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions. *Clinical child and family psychology review*, 7(1), 1-27. doi:10.1023/B:CCFP.0000020190.60808.a4
- Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual review of psychology*, 64, 135. doi:10.1146/annurev-psych-113011-143750
- DuPaul, G. J. & Stoner, G. (2014). *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies*. Guilford Publications.

- Echeburúa, E. & Corral, P. D. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología clínica y de la salud*, 1(1), 181-204.
- Esperón, C. S. (2009). *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente/Manual of Child and Adolescent Psychiatry*. Ed. Médica Panamericana.
- Esperón, C. S. & Gómez, M. Á. (2014). Tratamiento farmacológico del TDAH basado en la evidencia. *Pediatría Integral*, 634.
- Espina, A., & Ortego, A. (2005). Guía práctica para los trastornos de déficit atencional con/sin hiperactividad. Ed. Janssen Cilag.
- Fernández, M. & Gonzalvo, C. (2012). Diagnóstico precoz del trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad mediante el cribado de la Academia Americana de Pediatría para la atención primaria en las cohortes de 8 años. In *Anales de Pediatría* (Vol. 76, No. 5, pp. 256-260). Elsevier Doyma. doi:10.1016/j.anpedi.2011.10.004
- Fredriksen, M., Dahl, A. A., Martinsen, E. W., Klungsoyr, O., Haavik, J. & Peleikis, D. E. (2014). Effectiveness of one-year pharmacological treatment of adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): An open-label prospective study of time in treatment, dose, side-effects and comorbidity. *European Neuropsychopharmacology*. doi:10.1016/j.euroneuro.2014.09.013
- Gandía-Benetó, R., Mulas, F., Roca, P., Ortiz-Sánchez, P. & Abad-Mas, L. (2015). Cambio en la estrategia terapéutica ante una respuesta inadecuada al tratamiento farmacológico para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 60(1), 13-18.
- García Garrido, J. V., Grau Rubio, C. & Carcés Ferrer, J. (2014). Cuestionarios TDAH para profesores: un análisis desde los criterios del DSM-IV-TR y DSM-V. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 2014, 25(1), 62-77. Recuperado de <http://roderic.uv.es/handle/10550/40633>
- García-Savaté, C., Prados-Parra, B., Calleja-Pérez, B., Muñoz-Jareño, N. & Fernández-Perrone, A. L. (2012). Habilidades sociales y de liderazgo en el

trastorno por déficit de atención/hiperactividad: relación con las capacidades cognitivo-atencionales. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(3), 136-46.

Garrido, A. A. G., Loyo, J. R. & Orta, E. M. (Eds.). (2006). *La atención y sus alteraciones: del cerebro a la conducta*. Unam.

Gracia Millá, M^a. (2012). El juego como facilitador del aprendizaje. *Curso Internacional de Actualización en Neuropediatría y Neuropsicología Infantil*. Valencia.

González, J. M. B. (2004). La Escuela de padres, un testimonio de modelo de éxito. *Escuela para padres*.

González, M. I. N., & Villamisar, D. A. G. (2010). El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica. *Revista de historia de la psicología*, 31(4), 23-36.

García González, N. (2013). *Programa de intervención preventiva para alumnos de educación infantil con presencia sintomatológica del TDAH* (tesis doctoral). Universidad de Valladolid, Valladolid, España.

González, R., Bakker, L., & Rubiales, J. (2014). Estilos parentales en niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12(1), 141-158. doi:10.11600/1692715x.1217060413

Gratch, Luis O. (2003). *El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD). Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Guerrero, C. P. (2013). Tratamiento actual del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Pharmaceutical Care España*, 15(4), 147.

Hallowell, E. M. y Ratey, J. J. (2001). TDA: Controlando la hiperactividad. *Cómo superar el déficit de atención con hiperactividad (ADHD) desde la infancia hasta la edad adulta*. Madrid: Editorial Paidós.

Hidalgo, I. y Soutullo, C. (2012). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/54660216/Ps-Inf-Trastorno-Deficit-Atencion-Hiperactividad-Tdah>

- Huss, M., Hölling, H., Kurth, B. M. & Schlack, R. (2008). How often are German children and adolescents diagnosed with ADHD? Prevalence based on the judgment of health care professionals: results of the German health and examination survey (KiGGS). *European child & adolescent psychiatry*, 17(1), 52-58. doi:10.1007/s00787-008-1006-z
- Jarrett, M. A., & Ollendick, T. H. (2008). A conceptual review of the comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder and anxiety: Implications for future research and practice. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1266-1280.
- Kazdin, A. E. (1998). Psychosocial treatments for conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 38, 161-78. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1998-07090-003>
- Korzeniowks, C. & Ison, M. (2008). Estrategias psicoeducativas para padres y docentes de niños con TDAH. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(1), 65-71.
- Láez, M., Requejo, M., Silvano, J. & Velasco, M. (2011). Protocolo de coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
- Laufer, M.W. & Denhoff, E. (1957). Hyperkinetic behavior syndrome in children. *Journal of Pediatrics*, 50(4), 463-74. doi: 10.1177/1087054711413043
- Lawton, K. E., Gerdes, A. C., Haack, L. M. & Schneider, B. (2014). Acculturation, cultural values, and Latino parental beliefs about the etiology of ADHD. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41(2), 189-204. doi:10.1007/s10488-012-0447-3
- Loe, I. M., Balestrino, M. D., Phelps, R. A., Kurs-Lasky, M., Chaves-Gnecco, D., Paradise, J. L. & Feldman, H. M. (2008). Early Histories of School-Aged Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Child development*, 79(6), 1853-1868. doi:10.1111/j.1467-8624.2008.01230.x
- López, M. H., Becerra, I. G., García, M. J. M. & Gutiérrez, C. G. (2008). Prevención de la violencia infantil-juvenil: estilos educativos de las familias como factores de protección. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(1), 73-84.

- Lorenzo, M. C. R. & Murías, T. F. (2002). Estrategias de intervención para la escuela de padres y madres. *Educación XXI*, 5(1). doi:10.5944/educxx1.5.1.390
- Loro-López, M., Quintero, J., García-Campos, N., Jiménez-Gómez, B., Pando, F., Varela-Casal, P. & Correas-Lauffer, J. (2009). Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista Neurológica*, 49 (5), 257-264.
- Marinho, M. L. & Silvares, E. F. M. (2000). Evaluación de la eficacia de un programa de entrenamiento de padres en grupo. *Psicología Conductual*, 8(2), 299-318.
- Mateo, V. & Vilaplana Gramaje, A. (2007). Estrategias de identificación del alumno inatento e impulsivo desde el contexto escolar. *Quaderns Digitals*, 5, 13-28.
- Mediavilla-García, C. (2003). Neurobiología del trastorno de hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36(6), 555-565.
- Merayo, Y. Z. & Terán, J. M. P. (2012). Controversias en el TDAH. *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*, 11(2), 97-105. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4738828>
- Molinuevo, B. (2014). Trastorno disocial y DSM-5: cambios y nuevos retos. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (110), 53-57.
- Monjas, M. I. (1999). Programa de enseñanza de habilidades de interacción social para niños y niñas en edad escolar (PEHIS). *Madrid: Cepe*.
- Montes, L. G. A. (2005). Alteraciones anatómico-funcionales en el Trastorno por déficit de la atención con hiperactividad. *Salud Mental*, 28(3), 1.
- Mulas, F., Gandía, R., Roca, P., Etchepareborda, M. C. & Abad, L. (2012). Actualización farmacológica en el trastorno por déficit de

atención/hiperactividad: modelos de intervención y nuevos fármacos. *Revista de Neurología*, 54(3), 41-53.

- Navarro, J. I. & Martín, C. (2010). *Psicología de la educación para docentes*. Madrid: Pirámide.
- Nigg, J. T. (2006). *What causes ADHD? Understanding what goes wrong and why*. Guilford Press.
- Nomura, K., Okada, K., Noujima, Y., Kojima, S., Mori, Y., Amano, M. & Fukumoto, R. (2014). A clinical study of attention-deficit/hyperactivity disorder in preschool children prevalence and differential diagnoses. *Brain and Development*, 36(9), 778-785. doi:10.1016/j.braindev.2013.11.004
- Orjales, I. (1999). *Déficit de Atención con Hiperactividad. Manual para padres y educadores*. Madrid: Ediciones CEPE.
- Orjales Villar, I. (2007). El tratamiento cognitivo en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): revisión y nuevas aportaciones. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 19-30.
- Palacio, J., Ruiz-García, M., Bauermeister, J., Montiel-Navas, C., Henao, G. C. & Agosta, G. (2009). Algoritmo de tratamiento multimodal para preescolares latinoamericanos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Salud Mental*, 32 (1), 200.
- Pallarés, J. A. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36(1), 68.
- Palomino, M. D., Pérez Guerrero, C. & Martín-Calero, M. J. (2013). Tratamiento actual del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Pharmacological care España*, 147-156. Recuperado de <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/ibc-115112>
- Parellada, M. (2009). *TDAH: trastorno por déficit de atención e hiperactividad de la infancia a la edad adulta, de la infancia a la edad adulta*. Madrid: Alianza.

- Pascual-Castroviejo, I. (2008). Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Asociación Española de Pediatría y Sociedad Española de Neurología Pediátrica. Protocolos de Neurología*.
- Pauli-Pott, U. & Becker, K. (2011). Neuropsychological basic deficits in preschoolers at risk for ADHD: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 31*(4), 626-637. doi:10.1016/j.cpr.2011.02.005
- De la Peña Olvera, F., Pérez, E. B., Rohde, L. A., Durán, L. R. P., Ramírez, P. Z., Flores, R. E. U., ... & Larraguibel, M. (2009). Algoritmo de tratamiento multimodal para escolares latinoamericanos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Salud Mental, 32*, 17-29.
- Peris, T. S. & Hinshaw, S. P. (2003). Family dynamics and preadolescent girls with ADHD: the relationship between expressed emotion, ADHD symptomatology, and comorbid disruptive behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*(8), 1177-1190. doi:10.1111/1469-7610.00199
- Perote Alejandro, A. & Serrano Agudo, R. (2012). *TDAH: origen y desarrollo*. Madrid: Fundación Tomás Pascual.
- Proal, E., Olvera, J. G., Blancas, A. S., Chalita, P. J. & Castellanos, F. X. (2013). Neurobiología del autismo y TDAH mediante técnicas de neuroimagen: divergencias y convergencias. *Revista de neurología, 57*(1), 163. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4102176/>
- Quinn, P. O. (1997). *Attention deficit disorder: Diagnosis and treatment from infancy to adulthood*, (13). Psychology Press.
- Quintero, J. & de la Mota, C. C. (2014). Introducción y etiopatogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Pediatría Integral, 600*.
- Ramírez Pérez, M. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual de conductas disruptivas en un niño con TDAH y trastorno negativista desafiante. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 2*(1), 45-54. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4918613>

- Ramos-Quiroga, J. A., Chalita, P. J., Vidal, R., Bosch, R., Palomar, G. & Prats, L. (2012). Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. *Revista de Neurología*, 54(1), 105-15.
- Raya, F. T., Herruezo, J. & Pino, M. J. (2008). El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad. *Psicothema*, 20(4), 691-696. Recuperado de <http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/8717>
- Rivera, O. R., Taboas, A. M. & Pérez, J. A. (2015). Comparación de la sintomatología internalizante y externalizante en un grupo de niños y niñas con y sin trastorno de déficit de atención con hiperactividad. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 16(1). Recuperado de <http://www.repsasppr.net/index.php/reps/article/view/155>
- Robles Pacho, Z. & Romero Triñanes, E. (2011). Programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta: una revisión de su eficacia. Recuperado de <https://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/26444>
- Rodríguez Molinero, L., López Villalobos, J. A., Garrido Redondo, M., Sacristán Martín, A. M., Martínez Rivera, M. T. & Ruiz Sanz, F. (2009). Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Pediatría Atención Primaria*, 11(42), 251-270.
- Rodríguez-Salinas, E., García, M. N., Rodríguez, P. G., Gutiérrez, S. F. & Marcos, M. D. (2006). La escuela y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH). *Revista pediatría de atención primaria*, 8(4).
- Rothhammer, P., Carrasco, X., Henríquez, H., Andrade, C., Valenzuela, M., Aboitiz, F. & Rothhammer, F. (2005). Bajo riesgo de déficit atencional/hiperactividad en niños aymarás: Implicancias genéticas, antropológicas y culturales. *Chungará (Arica)*, 37(2), 145-149. doi:10.4067/S0717-73562005000200004
- Ruíz, D. M., López, E. E., Pérez, S. M. & Ochoa, G. M. (2009). Relación entre el clima familiar y el clima escolar: el rol de la empatía, la actitud hacia la autoridad y la conducta violenta en la adolescencia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(1), 123-136.

- Ruíz, E. (2012). TDAH, hacia una concienciación, implicación y abordaje común. *Revista AOSMA*, (15), 4-6.
- Sadek, J. (2014). Epidemiology and Etiology of ADHD. *A Clinician's Guide to ADHD* (pp. 7-11). Springer International Publishing. doi:10.1007/978-3-319-02359-5
- Scandar, Rubén O. (2003). *El niño que no podía dejar de portarse mal. TDAH: Su comprensión y tratamiento*. Buenos Aires: Editorial Discal, SRL.
- Sibley, M. H., Kuriyan, A. B., Evans, S. W., Waxmonsky, J. G. & Smith, B. H. (2014). Pharmacological and psychosocial treatments for adolescents with ADHD: an updated systematic review of the literature. *Clinical psychology review*, 34(3), 218-232. doi:10.1016/j.cpr.2014.02.001
- Skutle, A., Bu, E. T. H., Jellestad, F. K., van Emmerik-van Oortmerssen, K., Dom, G., Verspreet, S. & van de Glind, G. (2015). Early developmental, temperamental and educational problems in 'substance use disorder' patients with and without ADHD. Does ADHD make a difference? *Addictive Behaviors Reports*, 2, 13-18. doi:10.1016/j.abrep.2015.03.001
- Soutullo, C., & Álvarez-Gómez, M. J. (2013). Bases para la elección del tratamiento farmacológico en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de neurología*, 56.
- Spencer, T. J., Biederman, J., & Mick, E. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Journal of pediatric psychology*, 32(6), 631-642. doi:10.1093/jpepsy/jsm005
- Suárez, A. D., Quintana, A. F. & Esperón, C. S. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. *Revista pediatria de atención primaria*, 8 (4).
- Tirado, J. L. A., Martín, F. D. F. & Lucena, F. J. H. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: intervención psicopedagógica. *Psicothema*, 16 (3), 408-414. Recuperado de <http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/8215>

- Valdizán, J. R., & Izaguerri-Gracia, A. C. (2009). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. *Revista de Neurología*, 48(2), 95-9.
- Van de Glind, G., Konstenius, M., Koeter, M. W., van Emmerik-van Oortmerssen, K., Carpentier, P. J., Kaye, S., ... & IASP Research Group. (2014). Variability in the prevalence of adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients: Results from an international multi-center study exploring DSM-IV and DSM-5 criteria. *Drug and alcohol dependence*, 134, 158-166. doi:10.1016/j.drugalcdep.2013.09.026
- Vega Fernández, F. M. (2012). Protocolo de intervención en TDAH. *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*, 11(2), 21-35. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4738684>
- Villalobos, J. L., Molinero, L. R., Martín, A. S., Redondo, M. G. & Rivera, T. M. (2006). El psicólogo clínico y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: vinculación con el pediatra. *Revista pediatría de atención primaria*, 8 (4).
- Wittmann, M., & Paulus, M. P. (2008). Decision making, impulsivity and time perception. *Trends in cognitive sciences*, 12(1), 7-12. doi:10.1016/j.tics.2007.10.004

Asociaciones

- F.e.a.a.d.a.h. (2012). *El niño con Trastorno por Déficit de atención y/o Hiperactividad. Guía de actuación en la escuela ante el alumno con TDAH*. Cartagena.
- F.e.a.a.d.a.h. (2012). *El niño con Trastorno por Déficit de atención y/o Hiperactividad. Guía práctica para padres*. Cartagena.
- Fundación CADAH. (2012a). *TDAH, coordinación motora y capacidad en el deporte*.
- Fundación CADAH. (2012b). *TDAH en familia*. Recuperado el 19 de abril del 2015. Disponible en: <http://www.fundacioncadah.org/web/categoria/tdah-en-familia.html>

Fundaicyl. (2009). *Guía para padres y profesionales de la educación y de la medicina sobre el TDAH*, Valladolid, España.

Webgrafía

El TDAH y el DSM-V. (2013). Recuperado el 20 de marzo de 2015 de <http://www.help4adhd.org/documents/El%20TDAH%20y%20el%20DSM%205%20Spanish%20Fact%20Sheet.pdf>

Fundación CADAH. (2011). Reportaje TVE Telediario [Vídeo]. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=nQN55pA_gqo

Mehta, M. (2013). El tratamiento del TDAH y el cerebro [Vídeo]. Disponible en: <http://www.tdahytu.es/tratamiento-farmacologico/>

Rtve. (2010). Falta de atención [Vídeo]. Disponible en: <http://www.rtve.es/alcarta/videos/tres14/tres14-falta-atencion/738747/>

Tdahytu. (2015). *Materiales de ayuda para profesores:Tdahytu*. Madrid, España. Disponible en: <http://www.tdahytu.es/materiales-de-ayuda-para-profesores/>

UNED. (2009). TDAH: hiperactividad [Vídeo]. Disponible en: http://www.dailymotion.com/video/x9ln19_tdah-hiperactividad-uned_school

APÉNDICES

Apéndice 1_ Tabla 1

Síntesis de las diferentes nomenclaturas del TDAH a lo largo de la Historia

AÑO	AUTOR	REFERENCIA
PRIMERAS EXPLICACIONES MÉDICAS		
1902	Still	Defecto del control motor
1908	Tredgold	Enfermedad neuropática
1909	Dupré	Manifestación de un desequilibrio motor congénito
1922	Hoffman	Secuelas de la encefalitis letárgica
1936	Blau	Lesiones en el lóbulo frontal
1938	Levin	Lesiones en el lóbulo frontal
1957	Lauffer, Denhoff y Solomons	Déficit en el área talamática del SNC.
TRASTORNO HIPERCINÉTICO		
1867	Maudsley	Perturbaciones conductuales
1877	Ireland	Perturbaciones conductuales
1897	Bourneville	Inquietud psicomotora, inatención, indisciplina, desobediencia
1899	Clouston	Perturbaciones conductuales
1901	Demoor	Corea mental
1905	Boncour	Escolar inestable
1913	Durot	Pionero en diferenciar síntoma y síndrome
1914	Heuyer	La hiperactividad como síndrome
1923	Vermeyleen	Pionero en introducir variables de tipo neurocognitivo

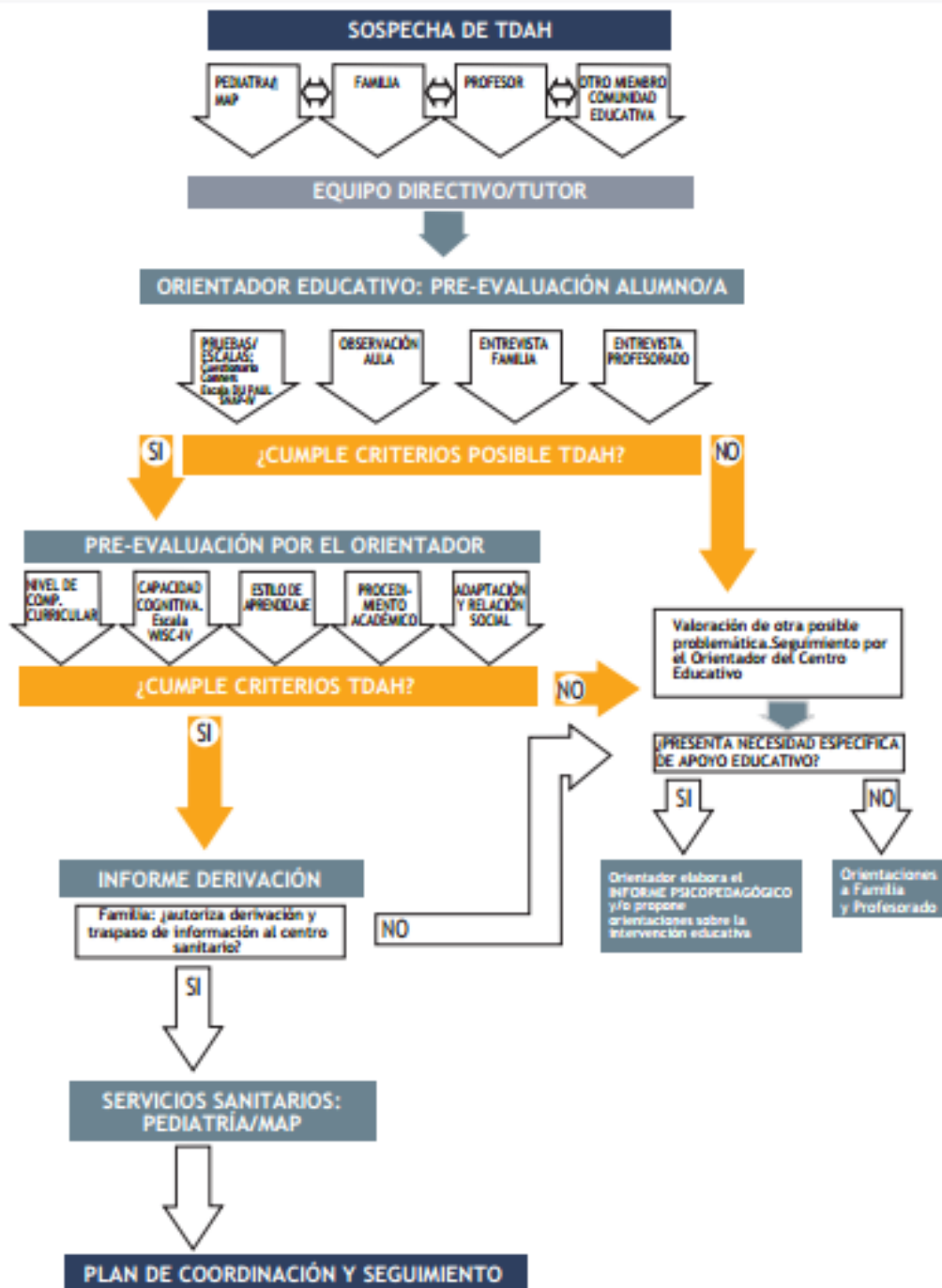
**Síntesis de las diferentes nomenclaturas del TDAH a lo largo de la
Historia (Continuación)**

AÑO	AUTOR	REFERENCIA
1930	Kramer y Pollnow	Trastorno Hipercinético
1934	Kahn y Cohen	Síndrome de impulsividad orgánica
1947	Strauss y Lehtinen	Síndrome de daño cerebral infantil
1956	Hoff	Trastorno Hipercinético
1960	Chess	Trastorno Hipercinético
1968	DSM-II	Reacción Hipercinética de la infancia
1972	Douglas	Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad
1975	CIE-9	Trastorno Hipercinético de la infancia
1980	DSM-III	Trastorno por Déficit de Atención con y sin hiperactividad
1987	DSM-III-TR	Déficit de Atención con Hiperactividad
1992	CIE-10	Trastorno de la Actividad y de la Atención (en Trastorno Hipercinéticos).
1994/2000	DSM-IV	TDAH

Fuente: González, M. I. N. & Villamisar, D. A. G. (2010). El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica. *Revista de historia de la psicología*, 31(4), 23-36.

Apéndice 2_Tabla 2

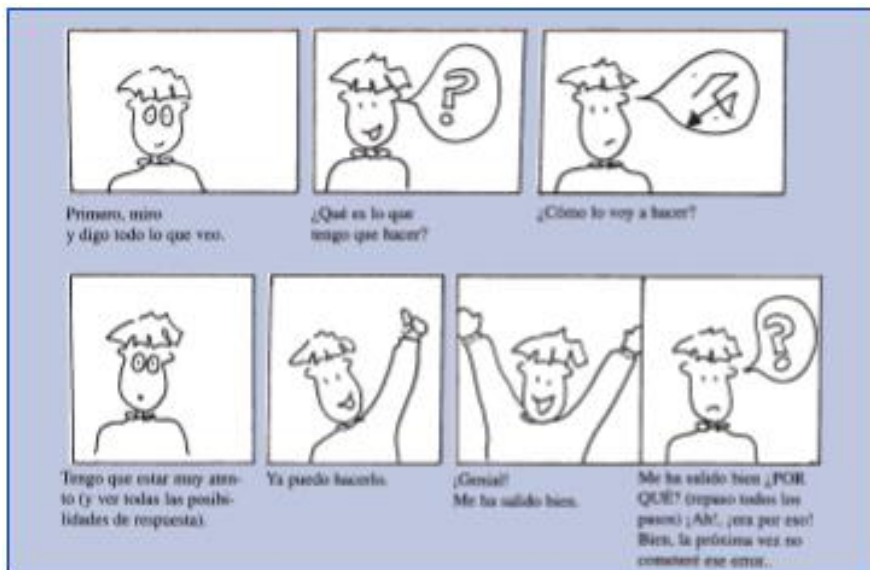
Detección temprana del TDAH



Fuente: Láz, M., Requejo, M., Silvano, J. & Velasco, M. (2011). Protocolo de coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Apéndice 3_Tabla 3

Esquema de Autoinstrucciones



Fuente: Orjales Villar, I. (2007). El tratamiento cognitivo en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): revisión y nuevas aportaciones. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 19-30.

Apéndice 4. Escuela de padres “Ponte en su lugar”

Apéndice 4.1_Dinámicas de la sesión 1

- Cuestionario personal para padres asistentes:

CUESTIONARIO INDIVIDUAL				
<u>Datos de identificación:</u>				
Nombre y apellidos:	_____			
Fecha de nacimiento:	_____			
Domicilio familiar:	_____			
Teléfonos:	_____/_____/_____			
Formación:	_____			
Ocupación:	_____			
Estado-relación:	Pareja <input type="checkbox"/>	Casados <input type="checkbox"/>	Separados <input type="checkbox"/>	Viudo/a <input type="checkbox"/>
<u>Datos sobre la Programación</u>				
Marque en la escala de 1 a 4, siendo 4 lo máximo y 1 lo mínimo:				
Importancia de los padres en el TDAH	1	2	3	4
¿Conoce el significado de este trastorno?	1	2	3	4
Conocimiento sobre el tratamiento farmacológico del TDAH	1	2	3	4
Conocimiento sobre el tratamiento no farmacológico del TDAH	1	2	3	4
Empleo de técnicas para la modificación de conducta en el TDAH	1	2	3	4
Refuerza la autoestima a su hijo de TDAH	1	2	3	4
Tiene implantadas unas normas en su hogar	1	2	3	4
Tiene destreza en las habilidades sociales, (contactos y amigos)	1	2	3	4
Ayuda en apoyo escolar a su hijo con TDAH	1	2	3	4
Control de situaciones diarias y familiares con su hijo de TDAH	1	2	3	4

- Expectativas personales sobre la escuela de padres.

EXPECTATIVAS DE ESTA ESCUELA PARA PADRES

1. ¿Qué temas le gustaría tratar en esta escuela de padres?

2. ¿Qué es lo que más le preocupa de su hijo con TDAH, y cómo cree que se puede solucionar con esta escuela de padres?

3. ¿Cree que en ocho sesiones se puede abordar todo lo referente al TDAH?

4. ¿Con qué material le gustaría contar para el desarrollo de esta Escuela para Padres?

5. ¿Cómo cree que puede cambiar el futuro de su hijo con TDAH y el suyo, después de esta escuela de padres?

Observaciones

Sugerencias:

1. Dinámica de presentación: “**El ovillo de lana**” para conocerse entre ellos y ver que el TDAH es una red donde todos estamos involucrados, se lanzará de uno en uno, con el fin de presentarse.

2. Dinámica 2: Ante la respuesta de **¿Qué es el TDAH?** Se les mandará poner su nombre con la mano izquierda y además se les pedirá que cuándo se dé una palmada tienen que dejar el bolígrafo y levantarse de la silla.

Esto simboliza la triada del TDAH. El déficit de atención, ya que no pone interés en la tarea propuesta, centrándose más en la palmada. Hiperactividad, se levanta y está en continuo movimiento ligado a esa distracción constante y finalmente impulsividad ya que reacciona de manera inesperada sin terminar la actividad propuesta de escribir el nombre.

3. Dinámica 3: Tras conocer la respuesta de las **causas del TDAH**, y explicar lo que produce la falta de dopamina en los neurotransmisores, se realizará un role-playing, donde cada pareja representará los siguientes comportamientos:

mal comportamiento	bajo estado de ánimo	falta de atención
movimiento	impulsividad	sueño

4. Dinámica 4: Ligado a lo anterior se intentará buscar una técnica o pauta a cada uno de los comportamientos de cómo poder frenarlo y de esta manera se introducirá lo referente a los diferentes tipos de **tratamientos** existentes. Esta actividad se realizará por grupos, forjando un colectivo que perdurara para el resto de las sesiones de esta escuela de padres.

5. Dinámica 5: Finalmente, se les hace firmar un **contrato** para involucrarse y poner de su parte, también se les enseña esta técnica del contrato para hacerlo con sus hijos en casa, aportándoles un modelo.

CONTRATO PARA PADRES

Nosotros _____ y _____ padres de _____ con TDAH, con la finalidad de aplicar lo aprendido con nuestro hijo/a. Nos comprometemos a:

1. Asistir a todas las sesiones de la escuela de padres “Ponte en su lugar”
2. Participar e involucrarnos en las dinámicas propuestas.
3. Realizar los deberes mandados entre una sesión y otra.
4. Respetar al resto de participantes para lograr un ambiente favorable.
 - De lo contrario, no se nos permitirá asistir nuevamente a esta escuela de padres

Firma de los padres:	Firma de la escuela de padres y del colegio:
_____	_____
<p>El mismo contrato se iniciará _____ hasta _____,</p> <p>con la escuela de padres, dirigida por _____ en el colegio _____.</p>	

Ejemplo de contrato para los niños con TDAH y sus familias:

CONTRATO

Yo _____ me comprometo a:

Nosotros _____ y _____ nos comprometemos a premiar a nuestro hijo/a si cumple lo que ha escrito, con: _____.

También nos comprometemos a cumplir las consecuencias si este contrato no es cumplido. Las consecuencias son _____

Firma del niño:	Firma de los padres:
_____	_____

Fecha: _____

Apéndice 4.2_ Dinámicas de la sesión 2

1. Dinámica 1: Se presenta el **vídeo**¹ de 3:40 minutos de duración, para comprender el funcionamiento del cerebro de un TDAH y el efecto del metilfenidato en él. Después hay una lluvia de ideas y eliminación de falsos mitos sobre la medicación, seguido de una ronda de preguntas y experiencias que deseen compartir.
2. Tríptico: Un folleto informativo que expone los medicamentos del TDAH, con los beneficios y los efectos secundarios de cada uno, para que valoren el tratamiento desde todas las perspectivas posibles.

Tipo de medicamentos	Nombre comercial	¿Cómo se toma?	¿Existe genérico?
Estimulantes			
Sales mixtas de anfetamina	<u>Adderall</u>	Pastilla	Sí, en algunas dosis
	<u>Aderrall XR</u>	Pastilla	Sí, en algunas dosis
<u>Dextroanfetamina</u>	<u>Dexedrine</u>	Pastilla	Sí
<u>Lisdexanfetamina</u>	<u>Vyvanse</u>	Pastilla	Sí
	<u>Concerta</u>	Pastilla	Sí
	<u>Daytrana</u>	Parche para la piel	Sí
	<u>Focalin</u>	Pastilla	Sí
	<u>Focalin XR</u>	Pastilla	Sí, en algunas dosis
	<u>Metadate ER</u>	Pastilla	Sí, en algunas dosis
	<u>Metadate CD</u>	Pastilla	Sí, en algunas dosis
	<u>Methylin</u>	Pastilla	Sí
	<u>Methylin ER</u>	Pastilla	Sí, en algunas dosis
	<u>Ritalin</u>	Pastilla	Sí
	<u>Ritalin LA</u>	Pastilla	Sí, en algunas dosis
<u>Ritalin SR</u>	Pastilla	Sí, en algunas dosis	
<u>Lisdexanfetamina</u>	<u>Elvanse</u>	Pastilla	No
No estimulantes			
<u>Atomoxetina</u>	<u>Strattera</u>	Pastilla	No
<u>Clorhidrato de clonidina</u>	<u>Kapvay</u>	Pastilla	Sí
<u>Guanfacina ER</u>	<u>Intuniv</u>	Pastilla	Sí

Ventajas de los medicamentos

Efectos secundarios

Estimulantes	Estimulantes
<ul style="list-style-type: none"> • Acción rápida (1h.) • No hay que tragar la pastilla • Máxima eficacia • Mejora síntomas centrales 	<ul style="list-style-type: none"> • Acción menos duradera • Produce irritabilidad, insomnio, ansiedad y oposicionismo
No estimulantes	No estimulantes
<ul style="list-style-type: none"> • Acción más duradera • No produce irritabilidad • No produce insomnio • No aumenta la ansiedad • Mejora síntomas centrales 	<ul style="list-style-type: none"> • Acción lenta (tarda 3-5 semanas) • Tragar la pastilla entera • Produce problemas digestivos como náuseas

¹ Vídeo disponible en: <http://www.tdahytu.es/tratamiento-farmacologico/> (Mehta, 2013).

3. Dinámica 3: este debate dividido entre dos grandes grupos es denominado “**En busca del mejor resultado**”, uno de los grupos defiende al 100% el tratamiento farmacológico, el otro grupo defiende el no farmacológico. Se divide en tres partes diferenciadas, estando la primera dedicada para plantear argumentos del debate en un folio, la segunda para desarrollar el debate y por último reflexión, donde se dan cuenta que hace falta un tratamiento multimodal, que combine ambas intervenciones y no centrarse solo en una de ellas.
4. Dinámica 3: Dotando de importancia a la actuación de los padres en sus hogares, se plantea una dinámica de reflexión para los **estilos educativos**, a través de un role-playing, donde cada grupo representará una familia con un estilo predeterminado. El resto de participantes tendrá que comentar que ha visto, cómo se puede corregir y si es adecuada esa actuación. La puesta en común es para que se den cuenta de que el estilo democrático es el más acertado para estos niños y se espera que mediante las diferentes opiniones se llegue a esa conclusión.

En las fichas de cada grupo no pone el tipo de estilo, si no las características y ellos por tanto tienen que representarlo y decir que estilo es.

Fichas que se entrega a los padres:

Surge un conflicto y el padre/madre utiliza estrategias caracterizada por el empleo de la fuerza, a nivel de amenaza o de ejecución real, la retirada de privilegios, de afecto etc. Critican al niño ("eres un inútil"), no las acciones de la persona, lo que genera una baja autoestima.	Son poco exigentes y tratan de evitar que sus hijos/as se enfrenten a las dificultades de la vida, y van quitándoles obstáculos. Consideran que los hijos/as son buenos y saben qué tienen que hacer y que hay que darles todo lo que piden, especialmente aquello que los padres/madres no pudieron tener.
Las relaciones entre padres/madres e hijos/as están presididas por el respeto mutuo y la cooperación. Buscan y potencian que los hijos/as puedan aprender autónomamente y que saquen lo mejor de sí mismos/as. Ayudan en la búsqueda de soluciones equidistantes del	Estos padres no son receptivos a las necesidades de los niños/as y, además, son indiferentes desde el punto de vista afectivo. No practican de forma coherente ningún tipo de disciplina.

abandono y de la sobreprotección y consideran que los problemas son un reto para la superación personal.	
--	--

Soluciones:

Estilo educativo Autoritario	Estilo educativo Permisivo
Estilo educativo Democrático	Estilo educativo Indiferente

5. Dinámica 4: Registro para completar de una sesión a otra y reflexionar acerca de que estilo educativo se usa. Es individual, por tanto cada familia tiene que entregar dos en la siguiente sesión, uno por parte de la madre y otro por parte del padre. El modelo que se presenta es el siguiente:

REGISTRO PARA REFLEXIONAR SOBRE EL ESTILO EDUCATIVO

Marcar con una X en el estilo educativo empleado cada día, matizando en observaciones.

Días	E.E. Autoritario	E.E. Permisivo	E.E. Democrático	E.E. Indiferente	Observaciones
Día 1					
Día 2					
Día 3					
Día 4					
Día 5					
Día 6					
Día 7					
Día 8					
Día 9					
Día 10					
Día 11					
Día 12					
Día 13					
Día 14					

Apéndice 4.3_Dinámicas de la sesión 3

Desde el comienzo de esta dinámica, cuando refuercen la autoestima a otros compañeros se les irá repartiendo, sin que ellos lo sepan, gomets de estrellas. Al finalizar se explicará el porqué de esa “**Lluvia de estrellas**” y se les entregará “**una medalla**”², para que valoren lo que han hecho bien.



1. Dinámica 1: consiste en pautar la comunicación que es necesaria tener con un TDAH, esta dinámica se llama **Comunicación por parejas** por tanto en grupos de dos, uno de ellos se vendará los ojos y estando separados, el otro tiene que llamarle por su nombre para que se acerque a él a ciegas. Deben cuidar su comunicación, cuanto más se grite, la persona invidente querrá alejarse en vez de acercarse, sin embargo, si se lo pide de buenas maneras le saldrá acercarse. Posteriormente se cambiarán el rol, para vivir las dos experiencias. Dándose cuenta de lo importante que es tener una comunicación afectiva para lograr el objetivo que queramos conseguir.
2. Dinámica 2: “**Situaciones cotidianas**” es una actividad en la que tras leer y analizar al comunicación y las actuaciones entre padres e hijos, ellos tienen que ponerse en su lugar y preguntarse si se ven reflejados, en qué otras ocasiones ellos han actuado así y por qué. Posteriormente tendrán que transformar estas situaciones para que sean afectivas y positivas. Por ejemplo cambiar ¡Eres un desordenado! Por tu habitación esta desordenada. Las situaciones son las siguientes:

² Medalla extraída de: <http://www.tdahytu.es/materiales-de-ayuda-para-profesores/>

<p>Marta tiene TDAH, está muy cansada y le dice a su madre que no quiere hacer los deberes. La madre al principio de buenos modos la dice que se ponga y le da razones, pero Marta sigue desafiante y no sabe qué hacer, es entonces cuando su madre se pone a gritarla y le dice: ¿No sabes qué hacer? Recoge tu cuarto que eres una desordenada, siempre estas igual, con todo tirado. No haces los deberes, no ayudas a tu hermana pequeñas, ni ayudas en casa...</p>	<p>Patricia tiene TDAH ha suspendido un examen, llega a casa triste y su madre la grita que vaya ahora mismo a la cocina, ella no sabe cómo decirlo del suspenso. Va a la cocina y su madre la contesta que siempre igual, que es una vaga y que ya está acostumbrada.</p>
<p>Miguel tiene TDAH ha ido a una comida familiar, el momento en el que terminan de comer y se ponen a jugar los niños, sus primos le dicen que él no juega, porque no sabe jugar al fútbol y porque nunca presta atención. Cuando Miguel se lo dice a su padre, este le dice: ¡Mira que eres pesado! Para quieto, si tú no sabes jugar, pues te quedas aquí esperando que ya nos vamos.</p>	<p>Luis tiene TDAH ha tenido una bronca con sus padres y su hermano, ya que ha contado un secreto de su hermano de manera impulsiva a un grupo de amigos. Estos no le hablan y le castigan con la indiferencia, finalmente su hermano le dice: ¿Quieres callarte?, vas a marear a todo alrededor con tus historias que no le interesan a nadie ¡pesadilla!</p>

3. Dinámica 3: el “**Árbol de la autoestima**”, es una forma de reflejar en sus ramas los puntos fuertes de cada uno y en qué son buenos, de forma creativa, para presentarlo posteriormente. Por otra parte todos los pensamientos negativos sobre nosotros, escribirlos y desecharlos en una caja de zapatos, llamada “**El entierro del no puedo**”. En casa se recomienda hacer el árbol en un mural vistoso y plasmar los puntos fuertes de toda la familia, cuanto más se llenen las ramas con cosas positivas mejor. Este es el árbol plantilla que tienen que rellenar, pero en dimensiones mayores:



4. Dinámica 4: Llegando al final de la sesión, se van levantando uno a uno a ver que esconde “**El tesoro oculto**”, dónde a través de una caja con un espejo, se hace ver que el mejor tesoro que tenemos somos nosotros mismos.



5. Dinámica 5: para concluir con la sesión, se les manda cómo tarea completar “**un registro de autoestima**”, para que todas las dificultades, así como los logros obtenidos se compartan en la próxima sesión. Es un trabajo personal y no tiene por qué ser diario.

Situaciones de baja autoestima	INTERVENCIÓN			
	Pauta empleada	Comunicación	Reacción del niño	Cómo me he sentido
Situación 1				
Situación 2				
Situación 3				
Situación 4				
Situación 5				

Apéndice 4.4_Dinámicas de la sesión 4

1. Dinámica 1: Tras descubrir el porqué del desorden del aula, se da paso a la “**gymkana del orden y la organización**”, esta gymkana consta de 5 pruebas, cada prueba superada será premiada con un gomets para la economía de fichas, eso significa que al realizar todas las pruebas de manera correcta se les entregará un regalo, sin que los aspectos negativos resten. Es importante aclarar que en un ambiente desorganizado es muy difícil trabajar, para estos niños, imposible. Por ello, cada prueba superada se meterá en un sobre y se incluirá en un estante formando así un orden en el aula.

Además se valorará qué grupos antes de comenzar a trabajar han ordenado la mesa de manera adecuada. A dos de los grupos se les reforzará positivamente, a uno se le ignorará y a otro se le meterá presión de manera negativa. Cuando termine la gymkana ponerlo se pondrá en común y se compartirá las sensaciones de cada uno. Las pruebas son las que a continuación se presentan:

1.1. Se les entrega una pista para que vayan hacia una caja, dónde se encuentra una serie de pictogramas que tienen que ordenar y pegar, esos pictogramas forman una **Rutina**, de hecho son 6 piezas y al unirlos por orden y girarlos se lee la palabra “RUTINA”. Posteriormente tendrán que escribir una rutina organizativa que desarrollarían ellos con sus hijos. Una vez completada la prueba, se les proporcionará una segunda pista para la siguiente prueba. Los materiales son:

Pista: En el aula desordenada hay muchas cosas que quiero utilizar, pero la primera en una caja la encontrarás.

Pictogramas:



1.2. En esta segunda prueba se les da otra pista nueva en la que tienen que ordenar varias fechas en un **calendario**, para tenerlas presentes. Ya que las personas con TDAH necesitan apuntarlo y tenerlo a la vista para no olvidarlo. Los materiales son:

Pista:

Si quieres seguir avanzando recuerda las fechas importantes y ponlas en el calendario.

Calendario:

Mayo 2015						
Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

Fechas importantes:

Día del Trabajador- San Pedro Regalado - Día de la madre- Examen de matemáticas el primer lunes de mayo- Trabajo de inglés el 3º miércoles de mayo.

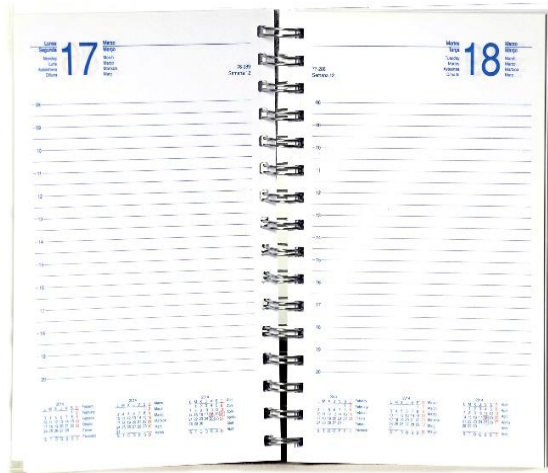
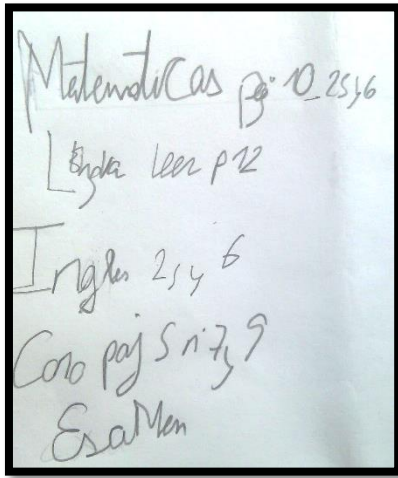
1.3. En esta tercera prueba la protagonista es la **agenda** dónde apuntan todos los deberes y actos importantes. Por ello tienen que encontrar una agenda y poner los deberes que les manden de manera organizado y siguiendo una plantilla para el resto de los días. Los materiales empleados para esta prueba son:

Pista:

Al cole he ido pero la agenda no he traído.

Deberes:

Agenda:



Plantilla³ que se les da al terminar la gymkana para tener como referencia cómo apuntar los deberes en la agenda de manera organizada:

asignatura	libros/materiales	tareas	fecha de entrega

1.4. La cuarta prueba consiste en encontrar una un reloj que sea **alarma** para inculcar que cada actividad tiene un tiempo, y es necesario cumplirlo y ajustarse a los límites existentes. Al encontrarlo tendrán que organizar una tarde de estudio en diferentes tiempos poniendo cuantas veces sonaría la alarma. Teniendo en cuenta los tiempos de descanso. Los materiales empleados son:

Pista:

Al cambiar de actividad, algo sonará.

³ Plantilla extraída de: <http://www.tdahytu.es/materiales-de-ayuda-para-profesores/>



Reloj-alarma:

1.5. La quinta y última prueba consiste en realizar un horario semanal teniendo en cuenta los tiempos de juego y de relajación. La pista entregada será la siguiente:

Pista:

Crea un horario consensuado para tener orden y ser organizado.





















Plantilla⁴ que se da al terminar la gymkana para tener como ejemplo una semana organizada:

	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes
Por la mañana	<input type="checkbox"/> desayunar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> desayunar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> desayunar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> desayunar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> desayunar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
En el cole	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Por la tarde	<input type="checkbox"/> hacer deberes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hacer deberes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hacer deberes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hacer deberes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hacer deberes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Por la noche	<input type="checkbox"/> ducharme <input type="checkbox"/> lavarme los dientes	<input type="checkbox"/> ducharme <input type="checkbox"/> lavarme los dientes	<input type="checkbox"/> ducharme <input type="checkbox"/> lavarme los dientes	<input type="checkbox"/> ducharme <input type="checkbox"/> lavarme los dientes	<input type="checkbox"/> ducharme <input type="checkbox"/> lavarme los dientes

Para finalizar esta dinámica se hará recuento de los gomets ganados (iguales en todos los grupos) y el premio será un café y una pasta para cada uno. Tras extraer todas las pruebas, se comprobará que es necesario establecer un orden para poder trabajar de una forma eficiente. La puesta en común es esencial para confirmar lo que han aprendido y saber cómo se han sentido ante ser reforzados o no.

El registro de economía de fichas es el siguiente:

⁴ Plantilla extraída de: <http://www.tdahytu.es/materiales-de-ayuda-para-profesores/>

	Actividad 1	Actividad 2	Actividad 3	Actividad 4	Actividad 5
Grupo 1					
Grupo 2					
Grupo 3					
Grupo 4					

2. Dinámica 2: en una cartulina, de forma grupal se escriben las **normas** de casa de manera simplificada, teniendo en cuenta que posteriormente esta dinámica la tienen que realizar en su casa de manera consensuada con su/s hijo/s. Para finalizar se pondrá en común con el resto de padres.
3. Dinámica 3: una vez explicadas las técnicas de modificación de conducta, se procederá a realizar la dinámica “**Representando la realidad**”, entregando 4 situaciones a representar, una por grupo, dónde el resto tendrá que decir que técnica de modificación de conducta emplear si el refuerzo positivo, el sistema de puntos, la condición positiva, la extinción o retirada de atención o/y el tiempo fuera. Las situaciones a representar son las siguientes:

Tienes prisa y tenéis que ir toda la familia a un evento al que llegáis tarde. El hijo con TDAH se niega a ir vestido de esa manera, desafía a los padres hasta el punto de encerrarse en su cuarto y no querer salir.	Has reñido a tu hijo con TDAH y éste ha tomado una conducta agresiva, tirando todo lo que hay encima de la mesa e incluso empujando lleno de rabia.
Estas en la cola del supermercado y tu hija con TDAH mete en el carro algo que no quieres comprar, se lo retiras y ésta se pone a chillar y a insultarte.	Estas ayudando a hacer los deberes a tu hija con TDAH y ella está pasiva y desmotivada porque ha suspendido varios exámenes.

4. Dinámica 4: este “registro de modificación de conducta” recoge los tipos de modificación que se han empleado con los niños con TDAH. Además deberán elaborar una economía de fichas y observar el avance del niño en casa.

<u>Modificación de conducta</u>	Conducta 1	Conducta 2	Conducta 3	Conducta 4
Refuerzo positivo				
Sistema de puntos				
Condición positiva				
Extinción o retirada de atención				
Tiempo fuera				
Cómo me he sentido				
Cómo se ha sentido el niño				

Apéndice 4.5_Dinámicas de la sesión 5

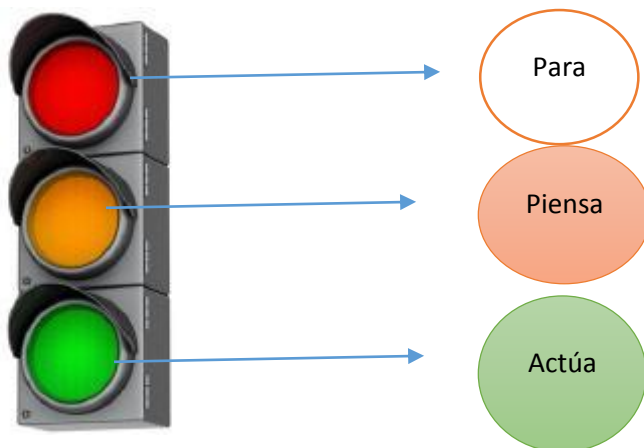
Al llegar a la clase se encuentran objetos que distraen y les hacen moverse más de lo normal.

1. Dinámica 1: Por grupos en cartulinas completarán la siguiente tabla para buscar correcciones ante situaciones de pérdida de atención, hiperactividad o impulsividad en el ámbito de aprendizaje. Posteriormente se realizará una puesta en común.

	Déficit de Atención	Hiperactividad	Impulsividad
Situación	Ej: Estuche grande con muchos materiales	Ej: Silla coja	Ej: Contestar lo primero que pienso
Corrección	Ej: Estuche pequeño con lo indispensable	Ej: Cambiar de silla	Ej: Utilizar el Semáforo

2. Dinámica 2: Esta actividad se divide en dos partes, primero se les presenta dos situaciones por grupos de respuesta o comportamiento impulsivo, y ellos tienen que consensuar cómo actuarían. Seguidamente se les enseña la técnica del semáforo y **“Respetando las señales de tráfico”**, tienen que cambiar su reacción. Finalmente se pondrá en común con el resto del grupo. Las situaciones son las siguientes:

Te despiden del trabajo después de 15 años en esa empresa.	Tu marido/mujer, te da plantón en una cena muy importante.	Se te cuelan en la cola del cine dos personas, llevándose las últimas entradas.	El profesor/a de tu hijo te dice que va a repetir, cuando sabes que está aprobado.
Estas de rebajas y una señora te arrebató de las manos, la prenda que estabas buscando desde hace tiempo.	En un restaurante te dan una cuenta más cara e insisten en que la pagues.	Surge un malentendido y un amigo/a te insulta y se pasa de la raya.	Tu hijo con TDAH ha perdido algo muy valioso y que necesitas con urgencia.



3. Dinámica 3: La actividad **“Lee atentamente”** presenta un texto para seguir unas premisas, la reacción común es contestar a medida que vas leyendo de forma rápida e impulsiva, sin embargo leer atentamente supone leer todo tranquilamente. Además se irán indicando tareas importantes que tengan que ir apuntando en post-

its, en la hoja, etc., para darse cuenta de que en un aula hay que estar pendiente a varias cosas a la vez y tenerlas todas presentes.

EJERCICIO DE COMPRENSIÓN LECTORA

OBJETIVO: Medir comprensión lectora
DURACIÓN: 3 minutos

Siempre hay que leer todas las cosas con cuidado antes de actuar y de responder las preguntas que nos hagan. Así que lee cuidadosamente antes de hacer nada y a continuación sigue las instrucciones.

- 1.- Pon tu nombre arriba, en una de las dos esquinas.
- 2.- Rodea con un círculo la palabra "nombre" en la frase anterior.
- 3.- Dibuja 4 pequeños cuadrados en la otra esquina de arriba.
- 4.- Pon una X en cada uno de los cuadrados que has dibujado.
- 5.- Rodea con un círculo los 4 cuadrados anteriores.
- 6.- En el primer renglón de arriba, donde dice "OBJETIVO: Medir comprensión lectora" escribe: SI, SI, SI
- 7.- Rodea con un círculo el número 3 de estas instrucciones.
- 8.- Escribe una X grande en una de las esquinas de abajo.
- 9.- Rodea esa X con un triángulo grande.
- 10.- En parte de atrás de esta hoja, suma $25 + 14$
- 11.- Rodea con un círculo la palabra "hoja" en la frase anterior.
- 12.- Cuando llegues aquí, di en voz alta y sin miedo, tu nombre.
- 13.- Si crees que has hecho bien las cosas, di "SI" en voz alta.
- 14.- En parte de atrás de esta hoja, resta $49 - 23$
- 15.- Rodea con un círculo los resultados de las operaciones que has hecho detrás.
- 16.- Cuenta en voz alta del 1 al 10
- 17.- Haz un agujero pequeño, con la punta del lápiz, en este papel.
- 18.- Subraya los números 2, 4, 6 y 8 del encabezado de las frases.
- 19.- Di en voz alta "Casi he acabado"
- 20.- Ahora que has terminado de leer cuidadosamente este texto, haz sólo lo que pone en la línea 1.

4. Dinámica 4: La comprensión lectora es una de las mayores dificultades que una persona con TDAH posee, por eso tras ver la dinámica anterior esta consiste en no caer en el mismo error y seguir unas autoinstrucciones que se indican a continuación. El texto del "Elefante encadenado" transmite la indefensión aprendida, además de realizar por grupos algunas de las actividades (no todas) y simplificar el texto, es necesario aprender la lección de no rendirse ante un obstáculo por alto que sea o duradero cómo en el caso del protagonista de esta historia.

EL ELEFANTE ENCADENADO

Cuando yo era chico me encantaban los circos y lo que más me gustaba de los circos eran los animales. También a mí, como a otros, después me enteré que me llamaba la atención el elefante.

Durante la función la enorme bestia hacia despliegue de su peso tamaño y fuerza descomunal... pero después de su actuación y hasta un rato antes de volver al escenario el elefante quedaba sujeto solamente por una cadena que aprisionaba una de sus patas a una pequeña estaca clavada en el suelo.

Sin embargo, la estaca era solo un minúsculo pedazo de madera apenas enterrado unos centímetros en la tierra. Y aunque la cadena era gruesa y poderosa me parecía obvio que ese animal capaz de arrancar un árbol de cuajo con su propia fuerza, podría con facilidad arrancar la estaca y huir.

El misterio es evidente: ¿Qué lo mantiene entonces? ¿Por qué no huye?

Cuando tenía cinco o seis años yo todavía confiaba en la sabiduría de los grandes. Pregunté entonces a algún maestro, a algún padre o a algún tío por el misterio del elefante. Alguno de ellos me explicó que el elefante no se escapaba porque estaba amaestrado. Hice entonces la pregunta obvia:

Si está amaestrado ¿Por qué lo encadenan? No recuerdo haber recibido ninguna respuesta coherente.

Con el tiempo me olvidé del misterio del elefante y la estaca...y sólo lo recordaba cuando me encontraba con otros que también se habían hecho la misma pregunta. Hace algunos años descubrí que por suerte para mí alguien había sido lo bastante sabio como para encontrar la respuesta: el elefante del circo no escapa porque ha estado atado a una estaca parecida desde que era muy, muy pequeño.

Cerré los ojos y me imaginé al pequeño recién nacido sujeto a la estaca. Estoy seguro de que en aquel momento el elefantito empujó, tiró y sudó tratando de soltarse. Y a pesar de todo su esfuerzo no pudo. La estaca era ciertamente muy fuerte para él. Juraría que se durmió agotado y que al día siguiente volvió a probar y también al otro y al que le seguía...

Hasta que un día, un terrible día para su historia, el animal aceptó su impotencia y se resignó a su destino. Este elefante enorme y poderoso, que vemos en el circo, no escapa porque cree que no puede.

Él tiene el registro y recuerdo de su impotencia, de aquella impotencia que sintió poco después de nacer. Y lo peor es que jamás se ha vuelto a cuestionar seriamente ese registro. Jamás... jamás... intentó poner a prueba su fuerza otra vez.

Vivimos creyendo que un montón de cosas "no podemos" simplemente porque alguna vez, antes, cuando éramos chiquitos, alguna vez probamos y no pudimos. Hicimos entonces, lo del elefante: grabamos en nuestro recuerdo: no puedo... no puedo y nunca podré. Hemos crecido portando ese mensaje que nos impusimos a nosotros mismos y nunca más lo volvimos a intentar.

Cuando mucho, de vez en cuando sentimos los grilletes, hacemos sonar las cadenas o miramos de reojo la estaca y confirmamos el estigma: "NO PUEDO Y NUNCA". Vivimos condicionados por el recuerdo de otros, que ya no somos y no pudieron.

Contesta las siguientes preguntas, una vez leído el texto:

1. Diferencia entre oración y párrafo.
2. Identifica las ideas generales del texto. ¿De qué trata?
3. Identifica las ideas principales de cada párrafo ¿Cuál es la idea principal de cada uno?
4. Palabras claves de la historia.
5. Subraya lo más importante
6. Separa las frases con una línea horizontal.
7. Suprime la información que no es necesaria.
8. Busca en el diccionario las palabras que no conozcas

Consejo: Utiliza subrayadores de colores para motivarte.

Para leerlo en voz alta utiliza estrategias como:

Antes de empezar contar en silencio hasta ocho. Parar en los puntos y contar en silencio hasta tres. Parar en las comas y contar en silencio hasta uno.

Las autoinstrucciones para realizar este ejercicio de comprensión lectora son las siguientes:

1. Lee el enunciado, ¿Qué tengo que hacer?	2. ¿Cómo lo voy a hacer?	3. Lo haré fijándome muy bien, despacio y con cuidado
4. Repaso y compruebo que he hecho bien	5. ¡Fantástico! Me ha salido muy bien ¡Soy un genio!	6. Si me equivoco no pasa nada, descubro el fallo y lo corrijo. La próxima vez lo haré mejor

5. **Dinámica 5:** las dificultades matemáticas son otros de los problemas que estos niños muestran a nivel académico. Muchos de ellos comórbidos con discalculia, por la baja capacidad en el procesamiento numérico y cálculo. Ligado a lo anterior, **los problemas matemáticos** les supone una complejidad añadida por no comprender el enunciado, por eso esta dinámica incluye unos problemas en los que los padres tienen que adaptarlos para que sean más comprensibles, aportándoles dibujos y simplificando el enunciado, después se hará una puesta en común.

1) El autobús de la escuela hace varias paradas para recoger a los niños. En la primera parada suben 2 niños, en la segunda, 3 niños, y en la tercera 5 niños más. ¿Cuántos niños llegan a la escuela?

1) De los árboles de un huerto caen al suelo 2 manzanas, 3 peras y 5 limones. ¿Cuántas frutas en total caen al suelo?

2) Helena compra 6 lápices de color rojo, 7 de color azul, 4 de color verde y 2 de color amarillo. ¿Cuántos lápices compra Helena?

3) En el estanque del parque hay 3 cicones, 2 patos, 4 ranas y 12 peces. ¿Cuántos animales hay en el estanque?

Soluciones: 1a (10); 1b (10); 2 (19); 3 (21)

6. **Dinámica 6:** esta actividad es “**El gato perezoso**” es una de las técnicas de Koeppen de relajación, que consiste en imaginarnos que somos gatos y estamos muy cansados. Por tanto, nos estiramos todo lo que podamos con los brazos en frente, y levantándolos por encima de la cabeza, los llevamos hacia atrás hasta notar el tirón de los hombros. Los dejamos caer a los lados para liberarlos y que descansen

del esfuerzo. Este ejercicio repetido 5 veces y acompañado por la respiración abdominal hace que se desconecte y el cuerpo se relaje.

7. Dinámica 7: Esta dinámica está dedicada a la importancia de la relación entre los padres y el colegio, y por eso se pide que los padres entre esta semana y la siguiente, escriban **mensajes en la agenda** a la profesora, para explicarle las dificultades del TDAH y conectar estos dos ámbitos fundamentales, para el fomento de un ambiente favorable en el niño de TDAH.

Apéndice 4.6_ Dinámicas de la sesión 6

1. Dinámica 1: Esta dinámica se denomina **¿Cómo hacer amigos?**, a través de un role-playing, donde cada grupo toma un papel y tiene que representarlo. El resto del grupo tiene que decir de qué se trata y qué hacer para remediar esa situación, además pueden compartir su experiencia personal. Estas cuatro acciones son cosas que NO hay que hacer, y que hay que evitar para fomentar las habilidades sociales en el niño con TDAH.

Exponer al niño a situaciones demasiado competitivas.	Desanimar al niño a establecer relaciones con amigos que sean un año o dos más pequeños
Regañar o reprimir al niño cuando exprese sus dificultades para relacionarse con los demás.	Intentar enseñarle habilidades sociales en tiempo de mucho trabajo y estrés.

2. Dinámica 2: Se proyecta el vídeo⁵ que refleja **“El modelado”**, el ejemplo que son los padres para los hijos. Si en las habilidades sociales el padre no es muy abierto, el hijo tampoco lo será. Posteriormente se hace una puesta en común, para oír sus opiniones.
3. Dinámica 3: Es la hora de evaluar a sus hijos, y de conocer las dificultades en habilidades sociales que presentan, para ello, completarán el siguiente cuestionario y elaborarán **“La evaluación de señas”**, a cada una de las conductas que tengan como respuesta A veces o No, cada pareja de padres inventará una seña que tendrá

⁵ Vídeo disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=fdRcdR77uao>

que transmitir a sus hijos al llegar a casa, para favorecer la destreza de la habilidad social. Posteriormente se compartirá en el aula las señas creadas.

CONDUCTAS	SÍ	A VECES	NO
Da las gracias cuando le dan o le ofrecen algo			
Mantiene una postura adecuada al estar sentado, al comunicarse con alguien...			
Abusa del contacto físico cuando se comunica con alguien			
Se presenta a los demás			
Pide las cosas "por favor"			
Saluda al ver a alguien o cuando entra en algún lugar			
Se aproxima a otros niños para jugar			
Comparte sus juegos con sus hermanos			
Comparte sus juguetes con otros niños			
Utiliza un tono de voz adecuado en las diferentes situaciones que se le plantean			
Respeto las reglas de juego			
Pide lo que necesita de forma adecuada			
Hace amigos fácilmente			
Acepta las críticas			
Pide ayuda, de manera correcta, cuando lo necesita			
Sabe escuchar cuando se dirigen a él			
No os interrumpe, a los papás, cuando estáis hablando con alguien para deciros algo			
Expresa verbalmente sus deseos, opiniones e ideas			
Distingue sus emociones (contento, triste, enfadado..)			
Tiene un estado de ánimo estable			
Asume sus errores			
Tiene claras cuáles son sus cualidades			
Ante un problema sabe buscar soluciones			
Inicia conversaciones			
Mira a la cara cuando le hablas			

4. Dinámica 4: En esta dinámica **“Pensamineto crítico-reflexivo”** se presentan situaciones cotidianas, más bien, conflictos que tendrán que resolver. Esta dinámica se debe trasladar a cada hogar como anticipación a los conflictos creados por la dificultad en habilidades sociales y saber cómo actuar en cada situación.

- No me dejan jugar en el recreo.
- Están pegando a mi mejor amigo.
- Un compañero me ha insultado.
- Un grupo de compañeros me ha provocado.
- Me dicen que soy pesado, que hablo y me muevo mucho.
- No me dejan ir con ellos, porque dicen que soy un vago.
- Me han pegado.

- He enviado la pelota fuera y hasta que no lleve un balón nuevo no me dejan jugar.

5. Dinámica 5: Esta dinámica final se denomina “**Macedonia**”. Antes de comenzar la sesión, se coge a dos de los padres para decirles el papel que van a desempeñar en esta dinámica, sin poderlo comunicar al resto. Uno de ellos se hará pasar por un niño con TDAH, manifestando sus síntomas, el otro se encargará de motivar al grupo y reforzarle oralmente. La clase se divide en 2 grupos, en cada uno de los grupos se infiltrará un personaje, la dinámica consiste en que cada grupo juega a un juego tradicional durante 5 minutos, en el que se requiere atención y desempeño de las habilidades sociales. Uno de los juegos es “Burro” (juego de cartas en el que hay que formar las 4 cartas del mismo palo, pasando 1 carta cada vez, al compañero de la derecha lo antes posible) y el otro juego son las chapas.

Cuando se diga Macedonia, la gente que quiera probar el otro juego se cambia, sin embargo la persona que representa al TDAH se queda en el mismo, en el juego de Burro. Tras finalizar se desenmascaran a los infiltrados, cuentan sus experiencias en la dinámica y se comenta el papel del motivador y el del “niño” con TDAH.

6. Dinámica 6: Para concluir la sesión se realizará un registro para la próxima semana sobre **las habilidades sociales** del niño y las técnicas que se ha empleado en casa, tanto de anticipación como de resolución.

<u>Conflictos sociales</u>	Pensamiento reflexivo	Modelado	Refuerzo positivo	Sistema de señas	Otras técnicas
Conflicto social 1					
Conflicto social 2					
Conflicto social 3					

Apéndice 4.7_Dinámicas de la sesión 7

1. Dinámica 1: Esta dinámica se llama “**Insectos maleducados**”, trata de explicar cómo se siente un niño con TDAH ante un evento importante. Se les pide que

cierren los ojos y se imaginen que están en un teatro rodeados de gente y de repente notan como suben hormigas por sus piernas, miran alrededor pero a nadie más le pasa. Por tanto empiezan a moverse, incluso a medio gritar, no lo pueden evitar, mientras el resto se gira y con mala cara les llama maleducados. Pues bien, esto es lo que siente un TDAH, no puede evitarlo la hiperactividad hace que se muevan constantemente mientras el resto que no lo comprenden, les miran mal.

2. Dinámica 2: Esta dinámica consiste en dividir el colectivo en dos grupos. Se llama “**situaciones famosas**”. Sacando de cada grupo a una persona que tendrán el papel de juez y colocándoles en el medio con un papel en la cabeza pegado, cada persona escogida estará delante de su grupo opuesto. En cada frente está pegada una situación. En una está una cena familiar de navidades y en la otra la compra mensual en el supermercado. Cada miembro del grupo representará un papel y escenificará estas escenas para que el juez del grupo opuesto que porta la situación representada la adivine. Posteriormente se pondrá en común la experiencia de los asistentes. Los papeles a representar son los siguientes:

Cena familiar navideña	Compra del mes en el supermercado
TDAH	TDAH
Hermana envidiosa	Hermana sobreprotectora
Tía que llama maleducado a su sobrino de TDAH	Madre furiosa con el niño
Padre pasota	Padre sobreprotector
Madre avergonzada	Cajera que mira con cara de desprecio
Abuela que atormenta a la madre sobre la educación de sus hijos	Seguridad preocupado
Abuelo “gracioso”, con bromas sobre el niño.	Abuela nerviosa por el comportamiento del niño

3. Dinámica 3: Uno de los temas fundamentales en TDAH es la **planificación del ocio y vacaciones**, en esta dinámica se les pide a los padres que hagan un hueco a sus hijos y planifiquen un organigrama para el fin de semana donde se trate de mantener un horario, se pueden plantear visitas culturales y educativas, dejarle hacer

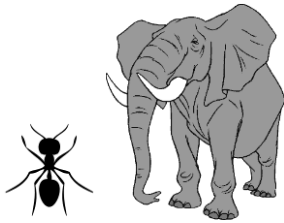
actividades con los padres como cocinar y sobre todo, muy importante, dejar tiempo para la calma y la relajación en familia.

Posteriormente es preciso la planificación de otros acontecimientos como las vacaciones, en estas situaciones de largos periodos de ocio, los padres tienen que “enfrentarse” al niño con TDAH ya que hay demasiado tiempo libre, por tanto es fundamental seguir con las rutinas regulares hasta donde se pueda, involucrar al niño en los preparativos de viaje, repasar las reglas y expectativas para un buen comportamiento, planear actividades educativas o prepararle ante de las situaciones sociales. Cuando se realice esa planificación se pondrá en común.

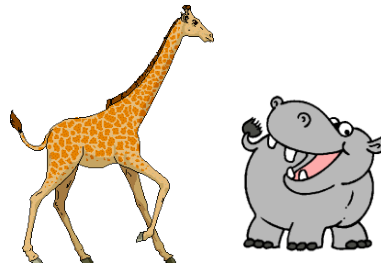
4. Dinámica 4: Otro punto muy importante en esta sesión es la convivencia con los hermanos por eso “**El juicio justo**” trata de ayudar a los padres que tienen que hacer de jueces. Se van a realizar 4 juicios en los que va a haber una madre, un niño con TDAH su hermano y un juez. Cada grupo tiene que plantear una situación real, la madre tendrá la primera declaración ante el juez al decir cómo ha actuado ella y si ha puesto castigo o no. Posteriormente los dos hermanos cuentan, respetando el turno del otro, lo que ha ocurrido con las diferentes versiones. El juez da un veredicto tras reflexionar con la madre. La representación tiene que ser pública y después de cada representación se comentarán las actuaciones y las soluciones tomadas ante el conflicto.

5. Dinámica 5: Finalmente la última dinámica titulada “**Los dos cuadros más bonitos**”, consiste en dejar a un lado las comparaciones. Para ello, primero se les presenta unas cuantas preguntas de respuesta obvia, entre estas se esconden dos cuadros muy bonitos, y ellos tienen que ponerse de acuerdo en la respuesta y elegir el que más les guste a todos. Esta decisión costará más porque un componente afectivo está presente, ya no es algo empírico de quien es más alto o más grande, o más fuerte. Es una decisión en la que no es necesario comparar ya que ambos cuadros son diferentes y bonitos como son. Para unos padres sus dos hijos son dos cuadros bonitos donde no hay que compararles ni elegirles, cada cuadro tiene su esencia y su encanto.

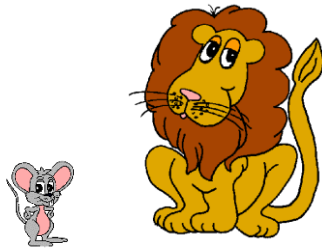
¿Quién es más fuerte?



¿Quién es más alto?



¿Quién es más pequeño?



¿Qué cuadro es más bonito?



6. Dinámica 6: en esta dinámica se realizará la planificación para el fin de semana, teniendo en cuenta las técnicas y pautas vistas en esta sesión.

Apéndice 4.8_ Dinámicas de la sesión 8

1. Dinámica 1: En esta dinámica llamada “**Abanico de valores**” en líneas de papel se escriben los valores que los padres quieren que sus hijos desarrollen en un futuro, con ello crean un abanico, tras compartirlo con el resto se tienen que dar cuenta que más o menos todos quieren lo mismo para sus hijos, que sean felices.
2. Dinámica 2: En esta dinámica reflexiva dónde los padres tendrán que pensar en qué querían ser de pequeños y en qué se han convertido, contestando una serie de preguntas, les servirá para darse cuenta de las personas importantes que han estado

en su vida, etc. Para ello verán el vídeo⁶ titulado “Yo de **mayor quiero ser...feliz**” y contestarán las siguientes preguntas:

¿Qué quería ser de pequeño? ¿Qué es ahora?

¿Cuántas veces le han dicho que no iba a poder hacer algo? ¿Lo ha conseguido?

¿Alguien le ha ayudado?

¿Se consideras feliz? ¿Qué es lo que realmente quiere para sus hijos?

3. Dinámica 3: Esta última dinámica pretende hacer un repaso y recordar todas las pautas impartidas en esta escuela de padres a través de un juego adaptado, el juego conocido es el Party & Co y este será el “**parTDAHy**”, ya que el futuro de los niños con TDAH viene condicionado por el presente, y todas aquellas técnicas y pautas que se empleen son fundamentales para conseguir buenos resultados a nivel académico, de conducta o social para el futuro.

El juego por grupos se divide en cuatro pruebas: preguntas, mímica, dibujo y palabras tabú, con un dado no adaptado, un tablero, un tiempo que suene para que tengan ellos la noción de lo que dura cada actividad, unas fichas y unas tarjetas que indican cuantas pruebas tiene que hacer cada grupo y de qué tipo para ganar.

Todos los grupos deberán de estar alerta puesto que hay rebote, es decir si un grupo no lo sabe, la pregunta pasa al siguiente. Además cada punto que consigan será apuntado en una economía de fichas grupal. Lo que hace que al finalizar el juego se haga recuento y se premie con una guía del TDAH para padres donde se incluyen técnicas y pautas, acompañado de actividades del blog que permite hacer seguimiento y puesta en contacto para resolver todas las dudas y recordar las actividades de la escuela de padres. Las pruebas se presentan a continuación:

Preguntas: Se realizarán diferentes preguntas teóricas sobre el TDAH en un tiempo para respuesta de 1 minuto. Las preguntas son las siguientes:

⁶ El vídeo está disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=eO-FpNQgS2o>

¿Qué es el TDAH?	¿Qué causas originan el TDAH?	Tratamientos del TDAH	¿Qué es el metilfenidato?
¿Cuántos tipos de estilos educativos hay?	¿Qué se puede hacer para mejorar la comprensión lectora?	¿Cuáles son las autoinstrucciones?	¿Cuáles son las principales técnicas de modificación de conducta?
¿Qué se puede hacer para mantener unos hábitos de estudio?	¿Qué se puede hacer para mejorar la discalculia?	¿Qué se puede hacer para mejorar las habilidades sociales?	¿Cuál es lo que se quiere para el futuro de un niño con TDAH?

Mímica: uno o dos del grupo representan la acción indicada y con tiempo de 2 minutos tendrán que resolverlo.

Estilo Educativo Democrático (Por parejas)	Estilo Educativo Sobreprotector (Por parejas)	Hiperactividad	Impulsividad
Baja Autoestima	Rutinas	Apoyo Escolar	Comunicación afectiva
Pelea de dos hermanos (Uno TDAH y otro no, por parejas)	Ignorar conducta negativa (madre e hijo, por parejas)	Organizar y ordenar	Falta de atención

Dibujo: Uno del grupo dibujará al resto lo que la tarjeta indique y el resto tienen que adivinarlo. La complejidad está en que tendrá que pintarlo con las gafas ciegas. Quiere decir que una pintura naranja con unas gafas naranjas impedirá ver lo que se está dibujando. Tienen 2 minutos de tiempo para contestar. Lo que hay que dibujar es lo siguiente:

Neurona	Familia	Semáforo (para, piensa, actúa)	Comunicación
Calendario	Agenda	Alarma	Horario
Planificación del fin de semana	Economía de fichas	Niño con TDAH	Escuela de Padres

Palabra Tabú: Consiste en poner una palabra que el grupo tiene que adivinar, mientras la persona que intenta explicar esa palabra no puede decir ninguna de las que aparecen en la tarjeta. El tiempo para contestar en esta prueba es de 2 minutos. Las palabras son las siguientes:

HABILIDADES SOCIALES Amistad, jugar, comportamiento.	AUTOESTIMA Refuerzo, frustración, motivación.	NORMAS Límites, pautas, obedecer.	AUTOESTIMA Positivo, baja, frustración.
DISCALCULIA Dificultad, matemáticas, números.	COMPRENSIÓN LECTORA Texto, Dificultad, leer.	HÁBITOS DE ESTUDIO Planificación, esquemas y estudio.	RUTINAS ORGANIZATIVAS Orden, organización, rutina.
REFUERZO POSITIVO Autoestima, actitud, elogios.	MEDICACIÓN Pastillas, tratamiento farmacológico, metilfenidato.	AUTOINSTRUCCIONES Pautas, estudio, instrucciones.	ESTIMULANTE Pastillas, mediación, Metilfenidato

El registro de economía de fichas es el siguiente:

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
1ª Prueba				
2ª Prueba				

3ª Prueba

4ª Prueba

5ª Prueba

6ª Prueba

Gomets para poner en el sistema de puntos:



Tablero: El tablero integra el tiempo marcado con dos minutos por un sonido para poder controlar cuanto tiempo tienen por cada actividad.



Finalmente cabe destacar la función del **dado**, el cual representa cada una de las pruebas que hay que hacer y dos de las caras tienen como función: una de ellas, pasar de turno y la otra elegir la prueba que prefieran. El número total de pruebas es hasta que pase la hora o hasta cuando ellos quieran.



- **Encuesta de satisfacción**

Indique con un círculo la respuesta que mejor expresa su evaluación a los siguientes aspectos:

Ítems	Pobre	Adecuado	Promedio	Bueno	Excelente
Contenido del curso	1	2	3	4	5
Aplicación a su puesto, responsabilidad y necesidades	1	2	3	4	5
Ítems	Pobre	Adecuado	Promedio	Bueno	Excelente
Suficientes ejemplos y oportunidad de práctica	1	2	3	4	5
Uso apropiado de materiales que facilitaron el aprendizaje	1	2	3	4	5
Oportunidades para debatir con los demás participantes	1	2	3	4	5
Calidad de la información durante la sesión	1	2	3	4	5
Trabajos grupales	1	2	3	4	5
Comodidad y estabilidad en el aula	1	2	3	4	5
Calidad de exposición	1	2	3	4	5
Técnicas y pautas aportadas	1	2	3	4	5
Dudas resueltas, dedicación con los participantes	1	2	3	4	5