



---

**Universidad de Valladolid**  
FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL  
MÁSTER UNIVERSITARIO DE PSICOPEDAGOGÍA  
CURSO 2015/2016

TRABAJO FIN DE MÁSTER:  
EVALUACIÓN Y PROPUESTA DE  
INTERVENCIÓN DE UN ALUMNO CON TDAH Y  
DISLEXIA

Autor:

LAURA HERMOSILLA BENÍTEZ

Tutor:

MOISÉS OTXOA AIZKORBE

JUNIO 2016

## RESUMEN

Es frecuente en niños diagnosticados de TDAH la coexistencia con otros trastornos sin que necesariamente podamos establecer una relación causa efecto entre ellos. Un trastorno de hallazgo frecuente en estos niños es la Dificultad Específica de Aprendizaje en la lectoescritura. En estos casos nos enfrentaremos a algo más que la suma de efectos de ambas dificultades.

La intervención profesional en estos casos ha de abarcar tanto el apoyo a la integración social en el entorno familiar y escolar, como al desarrollo personal mejorando la autoestima y habilidades psicosociales y pedagógicas.

En el presente trabajo se describe una evaluación en la que llegamos al diagnóstico de comorbilidad de TDAH y Dislexia y, posteriormente realizaremos una propuesta de intervención profesional destinada a ayudar al alumno de 1º de la ESO objeto de nuestro estudio.

**Palabras clave:** TDAH, Dificultad Específica de Aprendizaje, Entorno familiar y escolar, Desarrollo personal, Evaluación, Propuesta de intervención, Alumno.

## ABSTRACT

It is common in children diagnosed with ADHD the coexistence with other disorders but we cannot, necessarily, establish a causal relationship between them. Frequently a finding in these children is a specific learning disability in reading. In these cases we will face more than the sum of effects of both disorders.

Professional intervention in these cases has to cover both support for social integration, family and school environment, personal development and improving self-esteem and psychosocial and pedagogical skills

In this work, we describe an evaluation in which we reached the diagnosis of comorbidity of ADHD and 'Dyslexia' and make the proposal of professional intervention to help the student of 1 ESO object of our study.

**Key Words:** ADHD, Learning Disability in Reading, Family and school environment, Personal development, Evaluation, Proposal intervention, Student.

## ÍNDICE

1. MOTIVACIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	6
1.1. ESTRUCTURA DEL TRABAJO.....	8
1.2. RELACIÓN DE OBJETIVOS CON LAS COMPETENCIAS DEL MÁSTER EN PSICOPEDAGOGÍA.....	9
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	
2.1. TDAH.....	11
2.1.1. Criterios diagnósticos y prevalencia.....	12
2.1.2. Etiología.....	17
2.1.3. Comorbidad.....	20
2.2. TRASTORNOS DE APRENDIZAJE (DISLEXIA).....	22
2.2.1. Dificultades de Aprendizaje de lectura.....	22
2.2.2. Procesos implicados en la lectura.....	23
2.2.3. Vías de acceso a la palabra escrita.....	24
2.2.4. Criterios diagnósticos y prevalencia.....	26
3. EVALUACIÓN.....	30
3.1. CONTEXTO.....	30
3.2. CONCLUSIONES.....	36
3.3. RECOMENDACIONES.....	38
4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	43
4.1. OBJETIVOS DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	43
4.2. METODOLOGÍA.....	44
4.3. SESIONES.....	47
5. CONCLUSIONES.....	55
6. BIBLIOGRAFÍA .....	61
7. ANEXOS.....	65

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Objetivos Generales y Específicos del Máster de Psicopedagogía.....	10
Figura 2: Criterios diagnósticos TDAH, DSMV.....	14
Figura 3: Criterios diagnósticos TDAH, CIE-10.....	15
Figura 4. Zonas cerebrales de influencia de neurotransmisores.....	18
Figura 5: Factores psicosociales que no causan TDAH.....	19
Figura 6: Criterios diagnósticos Dificultades Específicas de Aprendizaje.....	27
Figura 7: Pruebas estandarizadas.....	31
Figura 8: Resultados Wisc IV.....	33
Figura 9: Resultados PROLEC.....	34
Figura 10: Resultados PROESC. ....	35
Figura 11: Resultados CSAT. ....	36
Figura 12: Temporalización de las sesiones.....	46

## 1. MOTIVACIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Todos somos diferentes, cada persona tenemos algo distinto que nos diferencia del resto, sin embargo todos los individuos estamos clasificados, y raro es aquél individuo que no tenga una etiqueta fuera de los límites que consideramos funcionales.

Veamos. Las alergias, la depresión, la anorexia, la fibromialgia, los trastornos de ansiedad, el cáncer, los trastornos de la personalidad, las anginas crónicas, la discapacidad...

El lector fácilmente se puede sentir identificado si la lista prosiguiera. Los trastornos médicos, psicológicos e incluso sociales, están clasificados por síntomas. Todos ellos reúnen unas características propias que determinan su diagnóstico y por lo tanto, su tratamiento. El sistema nos clasifica, somos un número de síntomas en un lugar, en un momento y con unas características propias

Si una persona no rebasa los límites que los criterios diagnósticos determinan funcionales, esa persona no está libre de clasificación, si no que se establecen unos rasgos sintomáticos típicos de cualquier trastorno que estemos midiendo. Por ejemplo, en la evaluación de los trastornos de personalidad, puede ser que no seas clasificado, pero de los distintos rasgos medibles tendrás una tendencia positiva, o no, a cada uno de ellos.

Esta clasificación no tiene porqué ser negativa ni el sistema inadecuado o inútil. Si hablamos del TDAH, actualmente, los factores ambientales, el cambio de costumbres y los estilos de crianza no son los mismos que hace poco tiempo atrás. Creo que si afirmara que ahora los niños están sobreexpuestos a las nuevas tecnologías, al acceso a la información, que su día a día es más activo que lo que era antes, que los límites conductuales de lo que consideramos adecuados están modificados, todos estaríamos de acuerdo.

Algo así pensaba antes de conocer con mayor profundidad este colectivo. Quizá, la información sesgada o el no querer llegar más allá, me hizo tener una creencia errónea del trastorno. “Son niños que se mueven”, “yo hubiera sido TDAH si ahora fuera niña”, “la culpa de los padres que ya no imponen normas” fueron algunas de mis afirmaciones. Creía que rasgos como la inatención, impulsividad o nerviosismo, determinados por una evolución (o no) en el estilo de vida, estaban siendo clasificados en un nuevo trastorno que comenzaba en el siglo XXI.

En otro orden de ideas, dentro de la psicología, el ámbito educativo es el área donde me gustaría desarrollar mi labor profesional. En mi opinión, es el sistema educativo quién da acceso, no sólo a los conocimientos, si no a un desarrollo personal y social necesarios para elegir qué camino de vida tomar. Un buen sistema educativo aportará un adecuado conocimiento, un buen desarrollo personal y social y por lo tanto, los caminos serán adecuados.

Las dificultades de aprendizaje como la dislexia, obstaculizan el acceso a dicha oportunidad. Es por ello necesario y obligatorio el apoyo educativo para contrarrestar estas dificultades e igualar el acceso al conocimiento, al desarrollo personal y al desarrollo social de todos los alumnos.

Cuando profesionalmente tuve la oportunidad de acceder a un Centro Psicopedagógico, la demanda mayoritaria del Centro no eran problemas conductuales o de ansiedad, si no trastornos como la Dislexia y el TDAH, que acarreaban grandes desmotivaciones y una pérdida considerable tanto en la autoestima como en las relaciones familiares y sociales del menor que, en numerables ocasiones coexistían y no favorecían la situación, si no que abocaba a estos niños al fracaso educativo.

Este hecho me hizo cuestionar, en primer lugar, mis erróneas creencias sobre el TDAH siendo consciente de que no era fruto de la imaginación o de la industria farmacéutica, sino que, a pesar de que puedan aparecer malos tratamientos, malos diagnósticos o intereses económicos, verdaderamente existían menores condicionados y afectados por un trastorno que sin ayuda profesional, ocasionaba el sufrimiento del afectado y su familia. Es por ello muy importante incidir más que en la mera clasificación, en el tratamiento que pudiera llevarse a cabo y en los apoyos (profesionales, materiales...) que estén disponibles. Por otro lado, el interés por conocer una de las grandes dificultades de aprendizaje como es la dislexia, y ser más competente en mi futuro desarrollo profesional en el ámbito educativo, fue determinante para que eligiera la casuística del trabajo y quisiera profundizar, de manera relacionada, en estos dos grandes conocidos: la dislexia y el TDAH.

El presente trabajo aborda una evaluación y propuesta de intervención de caso único con el que, fortuita y afortunadamente, coincidí, reflexioné y no dudé en tener la oportunidad de desarrollar las competencias psicopedagógicas aprendidas para conocer con mayor exhaustividad las necesidades educativas concretas del alumno y plantear un programa con la pretensión de poder ayudar, de alguna manera, a mejorar las dificultades presentadas.

## 1.1 ESTRUCTURA DEL TRABAJO

Establecida la necesidad y la justificación en párrafos anteriores, es importante relacionar las competencias adquiridas en el Máster de Psicopedagogía con la estructura general, los contenidos y los objetivos del presente trabajo.

En cuanto a la estructura, se aborda, en primer lugar, un marco teórico que detalla los aspectos más relevantes del TDAH, desde su evolución histórica, criterios diagnósticos, prevalencia y etiologías, hasta los trastornos comórbidos asociados que adquieren especial relevancia al ser, uno de ellos, los trastornos de aprendizaje, objeto tanto de las necesidades resultantes de la evaluación de nuestro alumno concreto como de las actividades que se desarrollan.

A continuación, se detalla el proceso a seguir en la evaluación para conocer las necesidades del alumno. Para ello, se especifican los aspectos más relevantes que condicionan el aprendizaje, la autoestima y las relaciones sociales del menor. Se utilizan pruebas estandarizadas, se detallan los resultados, para concluir, finalmente, con una valoración global y unas recomendaciones en los diferentes ámbitos en los que el menor se desenvuelve.

Por último, se desarrolla una Propuesta de Intervención de ocho sesiones que pretende conseguir los objetivos señalados y extraídos de la evaluación a través del trabajo específico para mejorar la sintomatología del TDAH y los Trastornos Específicos de Aprendizaje (Dislexia) que interfieren en el desarrollo adecuado del alumno.

Concluyendo el Trabajo Fin de Máster se desarrolla una reflexión del mismo, valorando los posibles aspectos que pudieran mejorar los objetivos establecidos y las futuras líneas de acción en este campo.



## 1.2 RELACIÓN DE OBJETIVOS CON LAS COMPETENCIAS DEL MÁSTER EN PSICOPEDAGOGÍA

El objetivo General del trabajo es desarrollar una Propuesta de Intervención ajustada a las necesidades educativas de un alumno concreto extraídas de una evaluación previa.

Los objetivos específicos propuestos son los siguientes:

-Profundizar en los aspectos teóricos y prácticos del TDAH y las dificultades específicas de aprendizaje, concretamente, la Dislexia.

-Adquirir mayores conocimientos sobre este ámbito.

-Proponer actividades pedagógicas novedosas relacionadas con los objetivos a desarrollar en un caso concreto.

-Desarrollar las destrezas necesarias para llevar a cabo la evaluación psicopedagógica.

-Conocer las pruebas estandarizadas psicopedagógicas que se utilizan en este ámbito.

-Ser consciente de las limitaciones y proponer nuevas herramientas de trabajo.

Con la consecución de los objetivos previstos se pretende desarrollar las Competencias generales y específicas que establece la Guía Docente del Trabajo Fin de Máster de Psicopedagogía y que se desarrollan en la siguiente tabla:

<b>OBJETIVOS GENERALES</b>
Comunicar las decisiones profesionales y las conclusiones así como los conocimientos y razones últimas que las sustentan a públicos especializados y no especializados, de manera clara y sin ambigüedades.
Responder y actuar de manera adecuada y profesional, teniendo en cuenta el código ético y deontológico de la profesión, en todos y cada uno de los procesos de intervención
Actualizarse de manera permanente en las TIC para utilizarlas como instrumentos para el diseño y desarrollo de la práctica profesional
Implicarse en la propia formación permanente, reconocer los aspectos críticos que han de mejorar en el ejercicio de la profesión, adquiriendo independencia y autonomía como discente y responsabilizándose del desarrollo de sus habilidades para mantener e incrementar la competencia profesional.
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>
Aplicar los principios y fundamentos de la orientación al diseño de actuaciones favorecedoras del desarrollo personal y/o profesional de las personas.
Diseñar, implementar y evaluar prácticas educativas, programas y servicios que den respuesta a las necesidades de las personas, organizaciones y colectivos específicos.
Planificar, organizar e implementar servicios psicopedagógicos.
Aplicar los fundamentos y principios básicos de la gestión a la planificación de acciones de coordinación y liderazgo de equipos psicopedagógicos favoreciendo el trabajo en red entre los diferentes agentes e instituciones socioeducativas.
Analizar, interpretar y proponer actuaciones, teniendo en cuenta las políticas educativas derivadas de un contexto social dinámico y en continua evolución.
Formular nuevas propuestas de mejora de la intervención

Figura 1: *Objetivos Generales y específico del Máster de Psicopedagogía. Adaptado de: Guía docente.*

Por último, recalcar que tanto la familia, el Centro Psicopedagógico como el menor, han sido rigurosamente informados del fin de la evaluación y la propuesta de intervención, expresando positivamente su consentimiento.

## 2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

### 2.1 TDAH

Debido a su impacto social, académico y a la gran controversia que existe entre los profesionales, el trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, es una de las patologías infantiles más conocidas actualmente.

El concepto del Trastorno por Déficit de Atención comprende un desarrollo histórico breve, ya que empezó a ser objeto de estudio hace apenas un siglo, es por ello que no siempre se ha establecido este nombre para agrupar a los rasgos típicos que caracterizan a los sujetos de estudio.

La primera descripción de los rasgos comunes de un niño con TDAH fue realizada en el año 1845, el psiquiatra alemán Hoffman reflejó en su obra “Struwwelpeter” los síntomas típicos del déficit de atención e hiperactividad, no como un trastorno sino, simplemente como un problema de comportamiento (García-Villamizar y Navarro, 2011).

George Still, en el año 1902, publicó en la revista “The Lancet” un artículo, describiendo los síntomas de un grupo de niños que hoy en día comparten rasgos similares a niños con TDAH. Still se refirió a esas dificultades de atención como “Defecto de Control Moral”. Para este autor las causas que determinaban estos rasgos de conducta fueron biológicas y hasta los años 50, el TDAH fue concebido como la consecuencia de un daño cerebral: Disfunción Cerebral Mínima (DCM) (Benito, 2008).

El síndrome hiperkinético de la infancia, como es considerado actualmente por la OMS en la CIE-10, fue acuñado en el año 1932, por Kramer y Pollnow, caracterizando al trastorno por inquietud motora, hiperactividad, estableciendo al síndrome una etiología orgánica (Pelayo y Zapico, 2012).

Un hecho importante en la historia del TDAH, que actualmente sigue vigente y es objeto de numerosas controversias, es el descubrimiento en el año 1937 por el Doctor Badley de las anfetaminas, concretamente la Bazedrina, para tratar y mejorar los déficits atencionales.

Siguiendo el transcurso de la historia de este fenómeno, entre los años 50 y 70 se produce un avance significativo tanto en la mejora de los medios de investigación como el interés que

el trastorno suscita entre los profesionales, sin embargo no es hasta después de los años 70 cuando el concepto se populariza, difundiéndose en los medios de comunicación y trascendiendo al ámbito educativo, social y familiar. En 1972, Virginia Douglas acuña el término de Déficit de Atención (TDA) con o sin hiperactividad asumiendo el término por el DSM-III en los años 80 (Navarro y García, 2011).

En los últimos años, con la actualización de los criterios diagnósticos del DSMV, se añade la posibilidad de diagnóstico en adultos, se aconseja un tratamiento combinado farmacológico y psicoterapéutico y se incide en la importancia de los factores ambientales a la hora de minimizar las consecuencias en el funcionamiento educativo, social y/o laboral que se consideren deterioradas.

El tratamiento farmacológico principal es el Metilfenidato (MPH) aumentando los niveles de dopamina en el cerebro. Existen, además otros fármacos no estimulantes como la Atomoxetina actuando en los niveles de noradrenalina que mejora los efectos secundarios en comparación con los estimulantes (CADAH, 2009). El tratamiento farmacológico no tendría sentido sin llevar a cabo una terapia cognitiva, conductual y psicopedagógica entre los afectados. Los factores ambiente facilitan o empeoran la sintomatología propia del trastorno, por lo tanto, el control y la praxis profesional, fomentando las habilidades sociales, el autocontrol, las conductas disruptivas y apoyando el proceso de aprendizaje del alumno minimizarán los efectos negativos que produce el trastorno.

### **2.1.1 Criterios diagnósticos y prevalencia**

El TDAH se ha ido incrementando con el paso de los años a medida que disminuye la edad a la que puede ser diagnosticado. Los estudios estiman entre el 4% -6% de prevalencia, habiendo diferencias significativas dependiendo los criterios diagnósticos, que más adelante quedan detallados (DSM VS CIE) y su localización: se considera que las pruebas valorativas en Europa (CIE) son más restrictivas, considerando el trastorno más severo y, por lo tanto, con porcentajes inferiores en cuanto a su prevalencia que las pruebas valorativas americanas (DSM), las cuales reflejan prevalencias superiores, aumentando la probabilidad en el sobrediagnóstico. De igual manera, tradicionalmente este trastorno era considerado exclusivo de los niños y adolescentes. En la actualidad, se ha visto cómo sus manifestaciones persisten en la edad adulta, siendo además en esta etapa cuando resulta más difícil su control, de ahí que en

la nueva clasificación diagnóstica (DSMV) se modifique el criterio de edad para ser diagnosticado. (CADAH, 2009).

En cuanto a diferencias de género, según Mena, Nicolau, Salat, Tort y Romero (2006) es mayor la incidencia en niños que en niñas, siendo esta proporción de cuatro niños por cada niña que presentan el trastorno. Los niños, por un lado, refieren un mayor grado de hiperactividad e impulsividad, dando lugar a conductas disruptivas, falta de pulcritud o agresividad. Las niñas, por otro lado, presentan una sintomatología ansiosa o depresiva y un bajo rendimiento académico.

De una manera más específica, siendo objeto de nuestro interés, Rodríguez et al (2009) realizaron un estudio psicométrico sobre la prevalencia y comorbidad del TDAH en Castilla y León. Este estudio realizado en colegios e institutos de nuestro alrededor concluyó en una estimación del 6,6% de prevalencia entre nuestros alumnos con un intervalo de confianza del 95%, siendo la muestra de 1.095 alumnos donde los varones superaban a las mujeres en una proporción de 2:1. La tasa de comorbidad existía en el 71 % de los casos.

“Si nos centramos en su diagnóstico, el TDAH supone un déficit en el autocontrol, lo que algunos profesionales llaman, funciones ejecutivas, esenciales para planificar, organizar y llevar a cabo conductas humanas complejas durante largos períodos de tiempo” (Barkley, 2011, p.165). La parte ejecutiva del cerebro encargada de planificar, organizar y controlar la conducta funciona de una manera deficiente en los pacientes con TDAH. Este hecho produce la sintomatología típica del trastorno, lo que nos hace incidir en su tratamiento para restablecer el funcionamiento poco eficaz de estas funciones ejecutivas alteradas.

En el diagnóstico de los trastornos mentales, las dos clasificaciones más utilizadas son la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en su Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos mentales Quinta edición (DSM-V, en Inglés).

El Manual estadístico y de diagnóstico de los trastornos mentales, quinta edición, (DSM-V, en inglés), publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) define los criterios a ser usados por los médicos, profesionales de la salud mental y otros profesionales clínicos de la salud calificados cuando realizan un diagnóstico de TDAH. El DSM-V fue actualizado en el 2013 y se realizaron cambios a la definición del TDAH, lo que afectará en cómo, actualmente este trastorno se diagnostica en niños y adultos.

En la siguiente tabla se desarrollan, según el DSM-V los criterios para el diagnóstico del TDAH:

Criterios diagnósticos TDAH (DSM-V)
<p>A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):</p>
<p><b>1. Inatención:</b>            Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:            Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (17 y más años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.</p> <p>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).</p> <p>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).</p> <p>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).</p> <p>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).</p> <p>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).</p> <p>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).</p> <p>g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).</p> <p>h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).</p> <p>i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).</p>
<p><b>2. Hiperactividad e impulsividad:</b>            Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:            Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes Trastorno por déficit de atención con hiperactividad mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.</p> <p>a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.</p>

<p>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).</p> <p>c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)</p> <p>d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.</p> <p>e. Con frecuencia está “ocupado,” actuando como si “lo impulsara un motor” (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).</p> <p>f. Con frecuencia habla excesivamente.</p> <p>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).</p> <p>h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).</p> <p>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; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).</p>
<p>B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.</p>
<p>C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades).</p>
<p>D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.</p>
<p>E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).</p>

Figura 2: Criterios diagnósticos TDAH. DSM-V

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece criterios diagnósticos propios a través de su manual CIE-10, denominando al TDAH como Trastorno Hiperactivo. En la siguiente tabla se detallan los criterios de esta Clasificación Europea:

<p><i>Deficit de atención</i></p>	<p>de</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.</li> <li>2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.</li> <li>3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice</li> <li>4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones.</li> <li>5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.</li> <li>6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental mantenido.</li> </ol>
-----------------------------------	--

	<p>7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, tales como material escolar, libros, etc.</p> <p>8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos.</p> <p>9. Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias</p>
<i>Hiperactividad</i>	<p>1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en su asiento.</p> <p>2. Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.</p> <p>3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas.</p> <p>4. Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.</p> <p>5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.</p>
<i>Impulsividad</i>	<p>1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.</p> <p>2. A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo.</p> <p>3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros.</p> <p>4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales</p>
El inicio del trastorno no es posterior a los siete años	
Los criterios deben cumplirse en más de una situación	
Los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad ocasionan malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.	
No cumple los criterios para trastorno generalizado del desarrollo, episodio maniaco, episodio Depresivo o trastorno de ansiedad.	

Figura 3: Criterios diagnósticos TDAH, CIE-10.

Ambas clasificaciones establecen una duración de los síntomas durante 6 meses, su generalización en los distintos ambientes y deterioro clínico significativo. Lo que diferencia ambas clasificaciones son las pautas para el diagnóstico y no los criterios diagnósticos, siendo la CIE-10 más restrictiva al exigir que se cumplan 6 síntomas de desatención, 3 de hiperactividad y 1 de impulsividad; correspondiendo el diagnóstico de la CIE-10 a un TDAH combinado y más severo y menos frecuente que en la DSMIV, es decir, si el niño no cumple los criterios de impulsividad no recibiría diagnóstico. Este hecho, hace que el trastorno hiperkinético sea una forma más grave de diagnóstico de TDAH (Jara, A, 2009)

Respecto a las novedades en el diagnóstico de TDAH que presenta la novedosa edición del DSMV en relación a la anterior clasificación DSM IV, la Doctora Díez (2013) afirma:



El DSM-V incluye tres modificaciones principales para el diagnóstico de TDAH. En primer lugar, los síntomas de hiperactividad, impulsividad o inatención deben estar presentes en el niño antes de los 12 años, mientras que el DSM-IV indicaba que los síntomas debían objetivarse antes de los siete años. Esto parece que mejorará la detección en adolescentes y adultos que recuerdan peor los síntomas que tenían en la infancia. También se han modificado los criterios de los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, adaptándolos mejor a los que presentan adolescentes y adultos. En el DSM-IV los síntomas describían situaciones principalmente en edad escolar. Y finalmente, el TDAH puede diagnosticarse, según el actual manual, en pacientes que padezcan un trastorno del espectro autista. La versión anterior no permitía la coexistencia de ambos diagnósticos. (p. 25)

Hoy en día no cabe discusión del alcance que este síndrome ha tenido tanto en nivel familiar y social como sanitario. Sin embargo esta opinión hoy unánime no ha sido siempre así. Este trastorno ha sido históricamente subestimado al ser catalogado como ‘patología menor’ por numerosos autores bajo el erróneo argumento de su ‘sobredimension’ retrasando enormemente su estudio.

Queda patente la gravedad en el estudio de esta patología si consideramos que es, junto con la alergia, la patología más frecuente en el niño, lo que, junto a su alta prevalencia, constituye un verdadero reto para el futuro de la investigación –psiquiátrica y neurológica- en los adultos. (CADAH, 2009)

### **2.1.2 Etiología**

La breve reseña histórica del trastorno, la controversia en su diagnóstico y tratamiento, pueden ser, causa o consecuencia, de las numerosas hipótesis que se establecen para explicar el cuadro clínico que anteriormente se ha detallado. Son muchas las hipótesis estudiadas y ninguna de ellas ha conseguido explicar completamente el trastorno. Sin embargo, la mayoría de autores coinciden en que los factores neurobiológicos actúan como principal responsable, entendiéndose esta causa como un desequilibrio en los niveles de algunos neurotransmisores (Dopamina y Noradrenalina) en áreas cerebrales involucradas tanto en el movimiento como la atención. De la misma manera, los estudios han demostrado que la heredabilidad es el principal predisponente para desarrollar el trastorno. Los factores ambientales influyen de manera

significativa en el pronóstico del TDAH, en el riesgo de comorbidad de trastornos asociados y en la gravedad de los síntomas (CADAH, 2009; Mena et al, 2006).

### **Factores genéticos:**

Este factor se estudia a través de gemelos homocigóticos, heterocigóticos y niños en adopción que comparten los mismos genes y por lo tanto, se establecen y estudian las diferencias que produce el factor ambiental.

Los estudios determinan que existe mayor probabilidad de heredar el trastorno de familiares de primer grado. Si uno de los progenitores padece el trastorno, existe una probabilidad del 75% de que el hijo desarrolle el cuadro sintomático. De esta manera, el TDAH es uno de los trastornos psiquiátricos con un componente hereditario más alto. (Soutullo y Díez, 2007)

Como afirman Soutullo y Díez (2007) "el principal candidato es el gen llamado DRD4\*7 que está en el cromosoma 11, responsable de producir el receptor D4 del neurotransmisor dopamina. Este gen es defectuoso en el 50-60% de los pacientes con TDAH." (p.17)

### **Factores anatómicos y neuroquímicos:**

Los diferentes estudios realizados en niños que padecen TDAH se puede comprobar que el trastorno actúa como desestabilizador en la red neuronal, incidiendo principalmente en el cortex prefrontal (encargado de la planificación, atención y toma de decisiones) el nucleo estriado (movimiento) y núcleo accumbens (implicado en el refuerzo y la atención), así como la amígdala (centro del miedo) y el hipocampo (centro de la memoria) (Reinberger, 2013)

Otras hipótesis inciden en sus explicaciones en los desajustes de los receptores de la dopamina, así como la noradrenalina y serotonina.

En la siguiente figura se muestra las zonas cerebrales donde el déficit de estos neurotransmisores producen problemas en sus circuitos reguladores:

Córtex prefrontal	Se encarga de la función ejecutiva: cómo planificar una acción, iniciarla, controlar si se está haciendo bien o mal, darse cuenta de ello y corregir los errores, ver si se está siguiendo el plan, evitar distracciones, poder ser flexible si las circunstancias cambian y ser capaz de acabar la acción. Los niños con TDAH tienen un córtex prefrontal más pequeño, que funcionan a un ritmo menor que en circunstancias normales.
Cuerpo calloso	Es la estructura que conecta los hemisferios cerebrales derecho e izquierdo, coordinando las funciones de ambos.
Ganglios basales	Incluyen la corteza frontal, el cuerpo calloso y los ganglios basales llamados globus pallidus y núcleo caudado. El globus pallidus y el núcleo caudado son más pequeños en niños con TDAH; estas regiones se encargan de coordinar o filtrar la información que llega de otras regiones del cerebro. Al reducir la información que llega de otras zonas e inhibir las respuestas automáticas, estas zonas están implicadas en el control de los impulsos.

Figura 4. Zonas cerebrales de influencia de neurotransmisores. Adaptado de: FEADAH (2011)

### **Factores ambientales:**

El TDAH no puede explicarse únicamente por factores hereditarios, por lo que muchos factores ambientales han sido sujeto de estudio en la etiopatogenia del trastorno, determinando que ninguno de los factores estudiados explica por sí solo el cuadro clínico. Los factores que mayores estudios han producido y son los que mayor porcentaje de etiología reflejan son las complicaciones prenatales y perinatales (consumo materno de alcohol y tabaco en el embarazo, bajo peso del neonato al nacer, estrés perinatal, nacimiento prematuro...) (Bakker y Rubiales, 2010).

El hecho de que no haya un único causante del trastorno, ha suscitado innumerables mitos y falsas creencias que llegan a generar en los familiares y educadores sentimientos de culpabilidad y producen un etiquetado erróneo que incrementa la incomprensión de los afectados y sus familias (CADAH, 2009).

En el siguiente cuadro, se establecen las creencias erróneas más importantes que a lo largo de estos años han suscitado innumerables controversias:

VARIABLES QUE NO CAUSAN TDAH
Mala crianza y educación de los padres.
Alergias alimenticias o exposición a tóxicos ambientales
Situación familiar (familias monoparentales, divorcios...)
Nivel socioeconómico, cociente intelectual, edad de la madre, tipo de población.
Estilos educativo de los padres
Dietas ricas en azúcares, grasas aditivos, proteínas, colorantes o vitaminas
Uso de la televisión, videojuegos, exposición a estímulos visuales

Figura 5: Factores psicosociales que no causan TDAH. Adaptado de: CAADAH (2009)

Es decir, los factores psicosociales mencionados en la tabla anterior no se consideran causa del trastorno, sin embargo, pueden incidir de manera relevante agravando los síntomas por lo que se consideran una oportunidad de trabajo en relación a la intervención del problema.

### 2.1.3 Comorbidad

Es importante resaltar el hecho de la comorbidad en el trastorno del TDAH ya que con elevada frecuencia se presentan otros síntomas que dificultan un adecuado diagnóstico y tratamiento.

Entre los trastornos comórbidos más frecuentes nos encontramos:

#### **Trastornos de conducta.**

En 1986, Taylor (citado por Espina y Ortego, 2011) afirma que, como ya conocemos, el déficit atencional está estrechamente relacionado con la hiperactividad, sin embargo, los trastornos de conducta están mucho más influidos por un factor ambiental negativo. En torno al 40% de las personas que padecen un TDAH manifiestan problemas de conducta, bien sean cuadros antisociales o conductas oposicionistas.

Los trastornos de conducta disruptiva (TCD) engloban el trastorno disocial (TC), el trastorno negativista desafiante (TOD) y los TCD no especificados.

Es conveniente diferenciar entre patrones de conducta inadecuados y trastornos de conductas clasificados en el DSM –V que requieren un tratamiento psiquiátrico adecuado.

En este sentido, Díez, Figueroa y Soutullo (2006) afirman que el factor más importante a la hora de desarrollar TCD en el contexto de un TDAH es la demora de una intervención psicosocial y farmacológica con metilfenidato (MTF).

### **Trastornos del estado de ánimo**

Las personas diagnosticadas de TDAH presentan en diferentes ámbitos (escuela, familia, grupo social) problemas adaptativos que generan una frustración constante. Este hecho produce en los sujetos una baja autoestima que, en algunos casos, llegan a estados depresivos. Su estilo de atribución es externo en los éxitos e interno, global y estable en los fracasos.

Autores como Espina y Ortego (2011) determinan un porcentaje de comorbidad establecido entre el 20 y el 40% de los casos. Otros autores como Díez et al (2006) establecen un porcentaje inferior que no supera el 18% de comorbidad, triplicando la posibilidad de padecer un Trastorno de Ansiedad en comparación de un niño sin TDAH.

Los trastornos de ansiedad influyen negativamente en el rendimiento escolar y el funcionamiento escolar y social del menor. Los síntomas más frecuentes son la preocupación excesiva por la salud, no dormir solos, miedo de separación de los padres y molestias físicas cuando acude al colegio. (Diez et al, 2006).

### **Trastorno de tics**

Un tic motor es un movimiento rápido, involuntario, reiterado y arrítmico que afecta a un músculo o a un grupo de músculos. Un tic vocal es una vocalización involuntaria, brusca y sin motivación aparente. Entre los trastornos de tics el más frecuente es el trastorno de tics crónicos motores y vocales. (Díez et al, 2006, p. 145)

La mitad de los pacientes que presentan un trastorno de tics tienen diagnosticado un TDAH, estimándose la situación inversa en un 12% de los sujetos. Estos trastornos evolucionan de manera independiente sin afectar, en ninguno de los casos, la sintomatología de ambos. (Díez et al, 2006)

### **Trastornos del aprendizaje**

Los trastornos de aprendizaje como la dislexia y el TDAH presentan, según los estudios, una prevalencia dispar. Autores como Shaywitz y Shaywitz (citado por Artigas-Pallarés, 2003)

estima que los niños con Dislexia presentan en un 33% de los casos TDAH, siendo la prevalencia menor en la situación inversa (del 8% al 39%)

La relación entre el TDAH y la Dislexia se ha estudiado desde el área neuroanatómica, siendo la Memoria de trabajo causante común de ambos trastornos. Un niño con dislexia repercutirá en su memoria de trabajo y será más probable la sintomatología inatenta, así como una sintomatología inatenta implicará a la memoria de trabajo contribuyendo a la aparición de problemas lectores que requieren dicha habilidad (Artigas-Pallares, 2003).

En el siguiente apartado se expondrá en mayor detalle los aspectos implicados en las dificultades lectoras, debido a la importancia que este aspecto radica en el presente trabajo.

## **2.2 TRASTORNOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAJE (DISLEXIA)**

La lecto-escritura es un conjunto de procesos adquiridos que permiten la comprensión de signos cargados de significado.

Es indudable su importancia. Su aparición en nuestra evolución, hace aproximadamente cinco mil años, marca el paso de la llamada pre-historia a la auténtica historia. En la sociedad actual su importancia es capital como soporte y vía de transmisión de información y, a nivel individual, por ser soporte esencial de nuestro sistema educativo, la adquisición de esta habilidad tiene enormes repercusiones en el desarrollo cognitivo, social y afectivo del individuo.

La habilidad lectora no es un proceso innato ni simple, sino adquirido y de enorme complejidad; lo cual conlleva a establecer unas diferencias individuales que nos permitan asegurar la inexistencia de dos lectores iguales, tanto en la habilidad lectora resultante del proceso de aprendizaje, como en las pautas de su proceso de adquisición.

### **2.2.1 Dificultades de Aprendizaje de lectura:**

Aunque reconociendo, dentro de los parámetros normales, una gran diversidad de ritmos de aprendizaje y de nivel en la automatización adquirida de las habilidades lectoras, desde hace más de un siglo se han descrito casos que podrían ser clasificados como patológicos, en que la adquisición de esa habilidad lectora se torna excesivamente dificultosa o imposible.

Estos casos fueron denominados de diversas maneras dependiendo, en un principio, de la supuesta localización de la lesión orgánica generadora del trastorno. Así encontramos que en

1917 el Dr. Hinshelwood habla de una “Ceguera verbal congénita” presuponiendo la existencia de una lesión localizada en alguna zona del cerebro, al estilo del área de Broca descrita años antes y acorde a las creencias frenológicas que pretendían la concordancia de las características personales con la forma del cerebro. (Miles y Miles, 2005)

Más tarde, según señalan los mismos autores, el Dr. Orton – 1937 acuña el término “Estrefosimbolia” apelando a la ausencia de una auténtica ceguera y a la “notoria tendencia de aquellos niños a trastocar el orden de las letras al leer o deletrear una palabra que les había sido enseñada” (Miles y Miles, 2005, p.18) lo que le hace pensar que la raíz del trastorno se encontraba en patrones cruzados de lateralidad manual y ocular o ‘zurdería’.

Este afán de remitir el problema a una única causa de base orgánica originó también diversas calificaciones visuales: “inversiones”, “escritura de espejo” “imágenes en espejo”, “inversiones estáticas” (por ejemplo ante la confusión de la b y la d; la p y q) o “inversiones dinámicas” (por ejemplo la confusión ‘maor’ por ‘amor’).

Con el tiempo quedó patente que el trastorno, solo en casos excepcionales, podría ser asignado a una única razón etiológica. Más bien podríamos hablar de toda una constelación de causas que desembocan en el retraso en la adquisición de la habilidad lectora. Se acuñó el término dislexia (literalmente ‘mala lectura’) como trastorno diagnosticable cuando además de los fallos lectores antes mencionados existía un notable desfase entre los resultados obtenidos en las pruebas diagnósticas y el esperado según el CI del sujeto investigado (DSM IV).

En la actualidad (con el DSM V) obedeciendo a los criterios de clasificación que hacen mayor hincapié en las potencialidades del individuo y menos en sus limitaciones, se tiende a abandonar el concepto de dislexia por el “Dificultad de aprendizaje específico de lectura”.

No obstante el término dislexia aún se encuentra recogido en muchos de los textos referidos en esta investigación e incluso en nuestro entorno profesional, por lo que creemos necesario su uso a efectos didácticos.

### **2.2.2 Procesos implicados en la lectura**

El conjunto de procesos implicados en la habilidad lectora suele ser desglosado en dos grandes grupos (Campo del, 2002, p.304):

- 1.- Microprocesos. Responsables del reconocimiento de las palabras y sus componentes grafo-fonéticos

2.- Macroprocesos. Responsables de la comprensión del texto en su conjunto.

Estos procesos también son llamados:

- 1.- Sintácticos: Reconocimiento de las palabras.
- 2.- Semánticos: Comprensión lectora.

En el estudio en 1990 de Vega de et al (citado por Campo del, 2002) se concluye que:

Dadas las características de nuestro idioma español con la nitidez en la mayoría de los límites silábicos, la sencillez y regularidad de las reglas de correspondencia entre grafemas y fonemas, la abundancia de palabras poli silábicas y la importancia que adquieren los sufijos por su incidencia sobre el significado inducen a efectuar una lectura predominantemente analítica en la que es muy útil saber convertir las grafías en sonidos (recodificación fonológica) (p.304).

Según estos autores el lector experto en castellano usa en un 60% la recodificación fonológica frente al reconocimiento de la forma global más propia de otros idiomas como el inglés.

Aún en estos dos grupos de procesos psicolingüísticos (Micro y Macroprocesos) podemos identificar varias subhabilidades (Mercer, 1991):

- En el reconocimiento de palabras:
  - Configuración
  - Análisis de contexto.
  - Análisis fonético.
  - Silabeo.
  - Análisis estructural
  - Diccionario
- En la comprensión de la idea:
  - Desarrollo de vocabulario.
  - Comprensión literal.
  - Comprensión inferencial
  - Evaluación.
  - Apreciación.



### 2.2.3 Vías de acceso a la palabra escrita

Vía indirecta a través de la conversión de grafemas en fonemas, hasta la automatización del proceso conseguido con la experiencia. No obstante aún el lector experto ha de recurrir a esta vía cuando se enfrenta a palabras desconocidas o infrecuentes. Denominamos a esta vía como VÍA FONOLÓGICA

Vía directa. Implica la identificación de la palabra sin necesidad de recurrir a su traducción a código oral. Es la RUTA VISUAL, DIRECTA O LÉXICA.

Existe una aceptación generalizada de la existencia de estas dos vías de acceso a la palabra escrita, ratificada, además, por la observación de distintas formas de dislexias adquiridas por localizadas lesiones neurológicas.

No obstante, sí existen razonadas dudas de que estos procesos sean alternativos postulándose su funcionamiento en paralelo, lo que explicaría que basta con codificar algunos grafo-fonemas del principio de la palabra y de los sufijos para acceder al reconocimiento visual de la palabra (Ehri, 1991, citado por Campo del, 2002).

Dificultad de aprendizaje de la lectura:

La Dificultad de aprendizaje de la lectura o la escritura frecuentemente se asocia con otros trastornos. Se manifiesta desde la primera infancia, aunque puede ser adquirida y presentarse en una edad adulta, en cuyo caso se asocia a una lesión cerebral.

La dislexia no es un problema homogéneo. Existen diversas clasificaciones de dislexias. Algunas centrándose en el punto en que se presume que asienta la lesión orgánica que la origina. Son los casos de la clasificación de Ajuriaguerra e Inizian (1997) la cual diferencia dos tipos de dislexia: según el hemisferio cerebral asiento de la lesión, como se cita en Campo de, 2002) Otras, que despiertan más nuestro interés, se basan en la vía de acceso a la palabra escrita más afectada. Así nos centramos en la clasificación en 1993 de Ellis (citado por Campo del, 2002) que distingue:

1. Dislexia indirecta o fonológica de desarrollo.

Con mucho la más frecuente. Se produce por un mal funcionamiento de la vía indirecta o ruta fonológica, es decir, de la vía que accede a la palabra escrita a través de la conversión de grafemas en fonemas. En este tipo de dislexia existe una incapacidad

de leer pseudopalabras provocando las llamadas ‘lexicalizaciones’ o sea, convierte la pseudopalabra en una palabra de uso frecuente con la que guarde alguna similitud (playa por blaya). Igualmente pasa con palabras infrecuentes y largas. En este tipo de dislexia se producen frecuentes errores en palabras funcionales. Los mejores resultados se consiguen en la lectura de palabras cortas, frecuentes y de contenido... Aun con todo son frecuentes los errores ‘derivativos’ – conservando la raíz de la palabra y cambiando el resto.

## 2. Dislexia superficial de desarrollo o Visoespacial

Se produce por la disfunción de la ruta directa o visual que lleva a la identificación de la palabra sin precisar el paso previo de conversión grafema-fonema. Esto permite al sujeto leer sin mayor dificultad las pseudopalabras y palabras regulares. Pero presentará grandes dificultades para la lectura de palabras irregulares, muy frecuentes en lengua inglesa, en las que tenderá a omitir, cambiar o añadir letras. Son extremadamente frecuentes las faltas de ortografía y la confusión entre palabras homófonas.

## 3. Dislexia Profunda o Mixta

En que aparecen rasgos de las dos anteriores. Los errores semánticos –cambio de unas palabras por otras de diferente morfología pero con similitud semántica- y los errores propios de cada una de las formas antes descritas referidas a las palabras función, palabras de uso infrecuente, palabras irregulares etcétera; hacen casi imposible a estos sujetos el acceso al significado de los textos.

Las características lectoras de los niños con dislexia incluyen: “lectura lenta con alteraciones en la fluidez, con alta frecuencia de modificaciones al texto y dificultades en la comprensión. La lectura de palabras y pseudopalabras es más lenta” (Ardila., Matute y Roselli, 2005, p.19).

Como ya manifestamos al inicio de este capítulo, no existen dos casos iguales, por lo que cualquier clasificación constará de difusas fronteras entre los tipos descritos. Sumado a la complejidad de factores etiológicos. Vemos necesario el trato individualizado, en la medida de lo posible, del niño con dificultades de aprendizaje específicas de lectura y necesario el estudio exhaustivo de cada caso antes de proceder a un diagnóstico.

## 2.2.4 Diagnóstico y prevalencia

En el vigente DSM V se contempla un único diagnóstico ‘TRASTORNO ESPECÍFICO DE APRENDIZAJE’ que agrupa los tres trastornos de aprendizaje contemplados en el DSM IV (Lectura, cálculo y expresión escrita). En el trastorno de lectura se incluyen, como ya hacía la CIE-10, las dificultades para deletrear, añadidas a las descritas en el DSM IV –errores de decodificación, falta de fluidez, entonación y comprensión-. Los criterios para el diagnóstico quedan reflejados en la siguiente tabla. En la codificación habrá que especificar cada una de las habilidades alteradas y en cada dominio, si hubiese alguno más alterado.

Dificultad en el aprendizaje y en la utilización de las aptitudes académicas, evidenciado por la presencia de al menos uno de los siguientes síntomas que han persistido por lo menos durante 6 meses, a pesar de las intervenciones dirigidas a estas dificultades.

1. Lectura de palabras imprecisa o lenta con esfuerzo (p.ej., lee palabras sueltas en voz alta incorrectamente o con lentitud y vacilación, con frecuencia adivina palabras, dificultad para expresar bien las palabras).

2. Dificultad para comprender el significado de lo que lee (p.ej., puede leer un texto con precisión pero no comprende la oración, las relaciones, las inferencias o el sentido profundo de lo que lee).

3. Dificultades ortográficas (p.ej., puede añadir, omitir o sustituir vocales o consonantes).

4. Dificultades para la expresión escrita (p. ej., hace múltiples errores gramaticales o de puntuación en una oración, organiza mal el párrafo, la expresión escrita de ideas no es clara).

5. Dificultades para dominar el sentido numérico, los datos numéricos o el cálculo (p. ej., comprende mal los números, su magnitud y sus relaciones, cuenta con los dedos para sumar números de un solo dígito en lugar de recordar la operación matemática como hacen sus iguales, de pierde en el cálculo aritmético y puede intercambiar los procedimientos).

6. Dificultades con el razonamiento matemático (p. ej., tiene gran dificultad para aplicar los conceptos, hechos u operaciones matemáticas para resolver problemas cuantitativos).

B. Las aptitudes académicas afectadas están sustancialmente y en grado cuantificable por debajo de lo esperado para la edad cronológica del individuo e interfieren significativamente con el rendimiento académico o laboral, o con las actividades de la vida cotidiana, que se confirman con medidas (pruebas) estandarizadas administradas individualmente y una evaluación clínica integral. En individuos de 17 y más años, la historia documentada de las dificultades del aprendizaje se puede sustituir por la evaluación estandarizada.

C. Las dificultades de aprendizaje comienzan en la edad escolar, pero puede no manifestarse totalmente hasta que las demandas de las aptitudes académicas afectadas superan las

capacidades limitadas del individuo (p. ej., en exámenes cronometrados, la lectura o escritura de informes complejos y largos para un fecha límite inaplazable, tareas académicas excesivamente pesadas).

D. Las dificultades de aprendizaje no se explican mejor por discapacidades intelectuales, trastornos visuales o auditivos no corregidos, otros trastornos mentales o neurológicos, adversidad psicosocial, falta de dominio en el lenguaje, de instrucción académica o directrices educativas inadecuadas.

Figura 6: *Criterios diagnósticos Dificultades Específicas de Aprendizaje*. Adaptado de: CAADAH.

El término ‘DISLEXIA’ queda relegado a un patrón de lectura con mala decodificación, dificultad para el deletreo y problemas para el reconocimiento fluido y preciso de las palabras.

Como venimos afirmando, no existen dos ‘lectores’ iguales. Es más, podríamos mantener que existe una distribución normal en la población de la variable capacidad lectora y del ritmo de adquisición de tales habilidades. Esto implica:

- Por un lado una necesaria rigurosidad en la elección de los criterios que nos permitan diagnosticar, con el mínimo de falsos positivos, el trastorno psicológico frente al mero retraso o a la manifestación de otras variables sociales, familiares o académicas
- Por otro la conveniencia de la difusión entre el personal docente de un gran número de indicadores que nos puedan alertar de la posible existencia de la dificultad en el alumno para abordar la lectura. Lógicamente ninguno de estos que llamamos indicadores constituye una prueba diagnóstica en sí misma. Será su permanencia en el tiempo, su intensidad y su resistencia al tratamiento lo que nos llevará a la sospecha de un trastorno que habrá de ser investigado y diagnosticado por un profesional de la psicología.

Algunos de estos ‘indicadores’ sin ánimo de ser exhaustivo son: (además de la existencia de antecedentes familiares)

- Dificultad para la división de la palabra en sílabas
- Dificultad para mantener el orden silábico (Chocolate por chocolate)
- En pequeños es frecuente la dislalia (no pueden pronunciar ciertos fonemas)
- Dificultad con las rimas
- Dificultad para la evocación verbal (nombrar cosas conocidas)

- Confusión al pronunciar palabras semejantes.
- Falta de relación grafema-fonema.
- Lectura muy lenta y vacilante. Silabeos y pérdida de línea.
- Frecuentes distorsiones, omisiones, inversiones, etcétera.
- Rectificaciones y falta de comprensión del texto.
- Buscan la explicación oral y eluden la lectura en voz alta.
- Comprenden mejor cuando leen para sí que en voz alta.
- Muchas faltas de ortografía (para su edad).
- Bajo rendimiento matemático por falta de comprensión de los enunciados.
- Baja autoestima y ansiedad .

La definición tradicional (APA 2000) establecía que el diagnóstico de dislexia se podía hacer cuando ante pruebas estandarizadas de lectura se obtuvieran resultados significativamente inferiores a los correspondientes normales para su edad, nivel de escolarización y cociente intelectual (CI). Además de que exista una interferencia con el rendimiento académico y las actividades de la vida diaria que requieran lectura.

Más recientemente (APA 2012) ha sugerido excluir la dislexia como un trastorno específico en el DSM-V e incluir a las personas antes diagnosticables de personas con dislexia en la categoría de: TRASTORNO ESPECÍFICO DE APRENDIZAJE (Matute y Carajando, 2012).

Según Miles (2004) la prevalencia se sitúa en un amplio margen en torno a del 5 al 15% de la población. La imprecisión de este margen obedece a varias razones. Por un lado a la diferente rigidez en interpretar los criterios diagnósticos. Por otro lado las diferentes características de los idiomas que hacen que, por ejemplo, las tasas de prevalencia sean mayores en USA que en Italia. (En España es de esperar que nuestras cifras se aproximen más a las italianas que a las de EEUU por la mayor similitud en transparencia de nuestro idioma).

Finalmente los criterios de la APA son recogidos en nuestra Ley Orgánica de Educación) que recoge textualmente el término “Dificultades específicas de aprendizaje” en el Título II (Capítulo I) dedicado al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo. Al establecer una categoría unitaria para diferentes dificultades específicas (p.e. discalculia) y aun sabiendo que la lectura está afectada en 4 de cada 5 casos de DEE, se dificulta el medir con mayor precisión la prevalencia de esta específica dificultad de aprendizaje.

### 3. EVALUACIÓN

En este apartado se detallan las conclusiones de la evaluación realizada, siguiendo el Modelo de Informe Psicopedagógico que la Junta de Castilla y León propone en el ámbito educativo, incluyendo los apartados más relevantes para la comprensión de las áreas que inciden en el aprendizaje del alumno concreto y modificando, al no ser este un informe educativo, la estructura y forma de redacción.

En otro orden de ideas, se omiten los datos personales y aquellos considerados irrelevantes para la Propuesta de Intervención realizada, protegiendo la intimidad del menor y su familia y cumpliendo, por ello el código deontológico profesional.

#### 3.1 CONTEXTO

El lugar donde se lleva a cabo la evaluación es un Centro Psicopedagógico ubicado en Valladolid, su misión es ser un centro de referencia para ayudar a los alumnos con necesidades educativas específicas y dificultades del aprendizaje y a sus familias, a través de diferentes servicios:

- Valoración Psicopedagógica.
- Intervención Psicológica y pedagógica.
- Logopedia.
- Reeducación.

M.S.C es un alumno de 12 años de edad. Presenta dificultades de aprendizaje y es el objetivo y centro de la evaluación e intervención que a continuación se detalla.

En un primer lugar, se llevará a cabo una evaluación del caso, con la finalidad de centrar la propuesta de intervención encaminada a las necesidades que el alumno presente, estudiadas de manera exhaustiva a través de entrevistas con los padres, tutores, observación conductual y pruebas estandarizadas.

#### **Datos de la evaluación**

Fecha inicio de la evaluación: 20 de Abril de 2016

Fecha fin de la evaluación: 27 de Abril de 2016

### **Motivo de la evaluación**

M.S.C es un alumno que acude al Centro desde hace un año durante cuatro días por semana recibiendo apoyo educativo y reeducación.

Su Centro Educativo no dispone de un Departamento de Orientación que establezca las adaptaciones curriculares necesarias para que el alumno consiga las competencias adecuadas a su nivel curricular.

La familia acude actualmente a Atención Temprana donde se le diagnostica de TDAH y problemas en lectoescritura.

Por ello, se pretende estudiar de manera más detallada las dificultades de aprendizaje y establecer una Propuesta de Intervención que complemente el apoyo educativo que recibe en el Centro Psicopedagógico.

### **Instrumentos de recogida de información**

-Observación del alumno en el contexto de la aplicación de las pruebas.

-Entrevista con la madre del alumno para obtener información adicional sobre las dificultades que presenta: Historia médica, hábitos, rutinas, comportamiento en casa, desarrollo afectivo, relaciones sociales (familia, amigos, comunidad)

Además se han empleado las siguientes pruebas estandarizadas:

-Escala de Inteligencia de Wescher para niños (WISC-IV)	Ofrece información sobre la capacidad intelectual general del niño y sobre su funcionamiento en comprensión verbal, razonamiento perceptivo, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento.
-Batería de Valoración de los procesos lectores revisada (PROLEC-R)	Evalúa la capacidad lectora global y valora los procesos cognitivos implicados y las estrategias utilizadas en la lectura.

-Batería de Valoración de los procesos de escritura (PROESC)	Detecta las dificultades mediante la evaluación de los aspectos que constituyen el sistema de escritura.
-CSAT Test de atención sostenida en la infancia	Evalúa la capacidad de atención sostenida mediante una tarea de vigilancia

Figura 7: Pruebas estandarizadas. Elaboración propia.

Número de sesiones: 9

### **Historia escolar**

M.S. C no asistió a la guardería previo a su escolarización en Infantil. Desde entonces acude al mismo centro educativo donde ha completado la etapa de Primaria.

Ha repetido 6º de Primaria y actualmente se encuentra en 1º ESO, en el segundo trimestre tan sólo tiene la asignatura de Educación Física aprobada.

Los padres manifiestan que la adquisición de la lectura y la escritura fue algo lenta, desde 4º primaria suspende materias instrumentales y su motivación escolar es baja.

En varios expedientes de notas, los tutores manifiestan su inatención, despreocupación por el material y la dificultad para comprender contenidos.

No se señala que haya podido existir absentismo escolar.

M.S.C no ha tenido una valoración psicopedagógica anteriormente, es en este curso educativo donde se están estudiando las necesidades educativas específicas del alumno.

### **Observación directa**

Se han realizado varias sesiones con M.S.C de forma individual.

El alumno viene bien orientado espacial y temporalmente, con muy buena predisposición a las diferentes sesiones, accede sin problemas a todas las pruebas y muestra una actitud muy positiva ante la realización de las mismas.

Durante la realización de las pruebas, se da lugar a verbalizaciones negativas hacia sus posibilidades, duda mucho en dar respuesta, en elegir una opción o dar su opinión a cerca de diferentes cuestiones.

### **Resultado de pruebas estandarizadas:**



En este apartado se desarrolla mediante figuras, los resultados obtenidos de las pruebas estandarizadas realizadas por el alumno. Cada una de las escalas están compuestas por subpruebas reflejadas que serán, posteriormente, en el apartado de conclusiones, explicadas.

**- WISC-IV: Escala de Inteligencia de Wechsler para niños.**

	Suma de Puntuaciones Escalares	PUNTUACIÓN COMPUESTA	NIVEL INTELECTUAL
COMPRESIÓN VERBAL. Valora las aptitudes Verbales	41	CV:122	SUPERIOR
RAZONAMIENTO PERCEPTIVO. Aptitud de razonamiento y organización por medio de estímulos visuales	18	RP: 103	NORMAL
MEMORIA DE TRABAJO: Mide atención, concentración y memoria a corto plazo	18	MT:93	NORMAL
<b>CI TOTAL. Medida de la capacidad Intelectual general</b>	<b>107</b>	<b>CIT: 104</b>	<b>NORMAL-MEDIO (90-110)</b>

Figura 8: Resultados Wisc IV. Elaboración propia.

**-PROLEC-SE. Batería de Evaluación de los Procesos Lectores**

PROCESOS LÉXICOS	P	CENTIL	NIVEL	VELOCIDAD	CENTIL	DIFICULTAD
PALABRAS	39	50	Medio	1min 15seg	5	SI
PSEUDOPALABRAS	30	5	Medio	1min 17seg	5	SI

PROCESOS SINTÁCTICOS	PD	CENTIL	NIVEL	DIFICULTAD
Emparejamiento dibujo-oración	19	50	Bajo	NO
Signos de puntuación	16	15	Bajo	NO

PROCESOS SEMÁNTICOS	PD	CENTIL	NIVEL	DIFICULTAD
Comprensión de textos	5	50	Bajo	NO
Escritura de texto	6	25	Bajo	NO

VELOCIDAD DE PALABRAS/MIN TEXTO	CENTIL	NIVEL
4min 32seg	68	15
		DUDAS

TOTAL DE LA BATERÍA	PD	CENTIL	NIVEL
	195	15	DUDAS

Figura 9: Resultados PROLEC. Elaboración propia.

**-PROESC. Batería de Evaluación de los Procesos de Lectura**

			DIFICULTADES			NO		
PRUEBA			PD	SI	DUDAS	NIVEL BAJO	NIVEL MEDIO	NIVEL ALTO
DICTADO SILABAS	DE		21	X				
DICTADO PALABRAS	DE	<b>Ortografía arbitraria</b>	17		X			
		<b>Ortografía reglada</b>	18		X			
DICTADO PSEUDOPALABRAS	DE	<b>Total</b>	24				X	
		<b>Reglas ortográficas</b>	14					
DICTADO FRASES	DE	<b>Acentos</b>	3			X		
		<b>Mayúsculas</b>	4	X			X	
		<b>Signos de puntuación</b>	6	X				
ESCRITURA CUENTO			2		X			
ESCRITURA REDACCIÓN			2			X		

Figura 10: Resultados PROESC. Elaboración propia.

**-CSAT. Test de atención sostenida en la infancia**

	<b>Aciertos</b>	<b>Errores</b>	<b>Tiempo</b>
<b>Puntuación directa</b>	79	71	340
<b>Porcentaje</b>	88%	71%	---
<b>Percentil</b>	50-55	95-100	45-50
<b>Valoración</b>	Normal	Muy alta	Normal

Capacidad atencional d'	Muy baja
Desinhibición C	Máxima Desinhibición
Capacidad Discriminatoria	Discriminación muy baja

Figura 11: *Resultados CSAT*. Elaboración propia.

Índice d': Capacidad de atención sostenida.

Desinhibición C: Criterio de respuesta.

Índice A: Capacidad de atención sostenida en función del nivel de discriminación mostrado.

### 3.2 CONCLUSIONES

A partir de las sesiones de evaluación, de las entrevistas con la familia, la observación conductual realizada, así como los datos obtenidos en las pruebas de Evaluación, se estima que M.S.C presenta:

- Dificultades atencionales e hiperactividad/ Impulsividad.
- Dificultades específicas en el aprendizaje de lecto-escritura. (Vía mixta).
- Desmotivación académica.

**-Desarrollo cognitivo:**

M.S.C ha obtenido unas puntuaciones Intelectuales Medias en la prueba de rendimiento intelectual WISC IV; en el análisis de sus funciones se dan en todos los índices puntuaciones registradas dentro del rango de la normalidad, destacando la puntuación superior obtenida en Comprensión Verbal.

Cabe destacar, en la puntuación compuesta de Memoria de Trabajo, M.S.V presenta una puntuación Baja en la subprueba de dígitos; en la puntuación compuesta de Razonamiento perceptivo obtiene una puntuación por debajo de la media en Figuras incompletas y en la subprueba de Velocidad de procesamiento es en el test de claves donde su puntuación es baja. Ambas subpruebas evalúan la atención sostenida y la percepción visual.

Es importante además corroborar dificultades atencionales, justificadas mediante el Test de atención sostenida en la infancia.

M.S.C presenta dificultades para mantener la atención durante la realización de la prueba así como para discriminar el estímulo demandante entre el conjunto de estímulos que se le presenta durante la tarea.

Por otra parte, destacar que la motivación incide de manera directa y decisiva en el nivel atencional en las diferentes tareas. A lo largo de las diferentes pruebas se presentan estados atencionales fluctuantes.

**-Desarrollo comunicativo y lingüístico:**

En la Lectura (PROLEC-SE), se presentan dificultades en los procesos lectores. Lectura a un ritmo muy lento ya que acentúa, entona y pronuncia de forma deficiente las palabras. También se aprecian dificultades a la hora de realizar las pausas en los diferentes signos de puntuación, lo que conlleva una mala comprensión de textos. Durante la lectura, el alumno omite, repite y sustituye letras y palabras. Silabea y necesita guiarse con el dedo.

M.S.C no posee un adecuado nivel lector para su edad.

En la Batería de evaluación de los procesos de escritura PROESC:

- M.S.C presenta una grafía bastante deficiente y difícil de comprender para el lector.
- En general, presenta dificultades en estructurar un texto, desarrollar y organizar ideas.

- Sustituye en numerosas ocasiones la letra “g” por la letra “J”, lo que implica problemas en la ruta fonológica del lenguaje.
- No presenta adquisición de conversión grafema-fonema, por ejemplo, escribe “ogera” por “ojera”.
- No posee un repertorio ortográfico adquirido.
- Presenta un nivel muy bajo para abstraer la información de un texto, así como para estructurarlo en un esquema posterior.
- Se presentan dificultades en el dictado de sílabas y frases, signos de puntuación y en redacción de textos.

En la sintomatología presentada aparecen rasgos tanto de la Dislexia visoespacial como de la fonológica, concluyendo, por tanto en una Dislexia mixta.

#### **-Desarrollo social y afectivo:**

M.S.C presenta muy buen comportamiento, es respetuoso, le gusta recibir afecto y a veces, lo demanda de forma excesiva. En ocasiones, manifiesta nerviosismo, inseguridad y verbalizaciones negativas hacia sus posibilidades.

A nivel afectivo, muestra ansiedad cuando tiene que enfrentarse solo a situaciones nuevas o a los exámenes. Actualmente presente onicofagia, impulsividad verbal y conductual.

A nivel social, se relaciona de forma adecuada con los niños de su entorno. Aunque posee diversas dificultades para mostrar opiniones, prioriza los derechos y deseos de los demás a los propios.

#### **-Estilo de aprendizaje:**

M.S.C tiene baja motivación en el área académica. En pocas situaciones mantiene una actitud atenta, no pregunta dudas e intenta mantener una conversación con sus compañeros mientras el profesor del aula explica, este hecho es motivo de continuos castigos que normalmente acepta.

No escribe las tareas que ha de realizar, en pocas ocasiones acaba lo que empieza si no es con ayuda del docente. Exige supervisión constante, se cansa a menudo y le apetece cambiar continuamente de actividad.

Tiene cierta aversión a la lectura por lo que cualquier contenido que exija esta competencia le parece aburrido, por el contrario aprende fácilmente con material visual y muestra alta capacitación.

Tarda un tiempo excesivo en realizar sus deberes o copiar los enunciados, ya que se distrae con facilidad.

### **3.3 RECOMENDACIONES**

Una vez desarrollado el diagnóstico y teniendo en cuenta el marco teórico es importante establecer pautas conductuales en los diferentes ámbitos en los que M.S.C interactúa para trabajar las necesidades específicas educativas que afectan significativamente tanto a su autoestima como a las relaciones sociales y familiares. Por ello, es recomendable establecer un guión conductual que, profesores, familia y centro han de tener en cuenta para trabajar tanto el déficit de atención, la desmotivación académica, como las dificultades en lectoescritura:

-Recibir intervención Logopédica y Reeducción Psicopedagógica para poder proporcionar progresivamente los siguientes recursos:

- Optimizar la fluidez lectora y comprensión lectora.
- Trabajar un correcto nivel de escritura. (Trabajar reconocimiento grafema-fonema, ortografía y grafía).
- Proporcionar un método de estudio más efectivo.
- Aportar una mayor organización y planificación en el ámbito escolar.
- Desarrollar actividades de pensamiento reflexivo y autocontrol.
- Potenciar la motivación en el ámbito académico y utilización del material escolar para potenciar la intervención al contexto escolar.
- Mejorar los procesos básicos: atención y memoria.
- Favorecer control del tiempo de ejecución con las tareas escolares y el estudio.
- Conseguir una mayor eficiencia en las tareas escolares.
- Desprenderse de miedos e inseguridades.

-Mejorar la autoestima y autoconcepto incidiendo en sus motivaciones y emociones.

### **Recomendaciones para la actuación de los padres**

- Intentar centrarse siempre en lo positivo, evitar castigos.
- Plantear normas claras y sencillas para asegurarnos de que se cumplen.
- Buscar la complicidad con todas las personas que se encargan de su educación.
- Intervenir con firmeza y decisión en las pautas de conducta.
- Aportarle seguridad y estabilidad para aumentar su autoestima.
- Marcar objetivos realistas, a corto plazo.
- Potenciar la motivación escolar a través de tareas lúdicas.
- Mejorar la comunicación, diálogo familiar.
- Darle responsabilidad en las tareas del hogar.
- Revisar de manera positiva, las tareas escolares que ha realizado.
- Reforzarle y evitar mensajes negativos hacia su persona.
- Favorecer momentos de juegos y actividades tranquilas, fuera de lo pedagógico.
- Pautar secuencialmente todas las áreas preferiblemente de manera escrita. (Normas de casa, tareas del colegio, organización escolar...)
- Realizar actividades que impliquen atención, concentración y expresión escrita.

### **Recomendaciones centro educativo**

Según contempla la Legislación Española, se contemplan las Dificultades Específicas del Aprendizaje en los Artículos 71 y 72 de la Ley Orgánica de Educación, de 4 de mayo, 2006 (LOE), se sugieren las siguientes adaptaciones no significativas:

#### **EXÁMENES**

-Entregarle una hoja resumen con los aspectos que debe saber/estudiar, evitando que no olvide ningún contenido de las materias.



- Dar las preguntas del examen en un folio, (evitar copiar de la pizarra o dictar oralmente)
- Cambiar el formato del examen:
  - Aumentar el tamaño de la letra.
  - Doble espacio.
  - Resaltar las palabras clave de las preguntas con mayúsculas, negrita o subrayado.
- Asegurarse de que ha entendido el enunciado de los deberes y del examen.
- Dar tiempo adicional para terminar los exámenes (o hacerlo más corto) No imponer un límite.
- Evaluar en función del contenido, no de la forma (Ortografía, grafía).
- Preguntas del examen y deberes específicas y concretas.
- Adaptarles comprensiones lectoras a su nivel lector, utilizar la lectura fácil.
- Si hay textos de comprensión, fragmentarlos y escribir las preguntas después de cada párrafo.

#### EN CLASE

- Situarse en las primeras filas, donde no haya elementos distractores. (Alejado de las ventanas).
- Ofrecer soportes visuales (Calendario, agenda).
- Explicaciones con pizarra electrónica, a través de imágenes. Fomentar el aprendizaje visoespacial.
- Técnica del despertador: establecer periodos cortos de tiempo para la realización de cada ejercicio, lo que potencia su atención y concentración y el aprendizaje en periodos cortos y control de tiempo
- Dictados: dejar en blanco los espacios de las palabras que queremos que aprenda (ANEXO1)

#### DEBERES

- Permitirle no copiar enunciados, facilitar las preguntas escritas.

-Utilizar cuaderno para estudiar y realizar deberes ordenado por materias.

-Reducir la cantidad de ejercicios de la misma temática.

-Controlar el tiempo de dedicación de deberes, ser objetivo y realista.

## LECTOESCRITURA

-Mejorar la ortografía natural:

- Dificultades fonema representación /Θ/ (za ce ci zo zu).
- Dificultades en fonema /k/, palabras en sílabas inversa.

-Trabajar la ortografía arbitraria de manera multisensorial, no sirve de nada escribir la misma palabra 100 veces, no la aprenderá. Siempre tiene que ver la palabra bien escrita, no dejarle que se escriba mal. Hay que trabajar b/v; g/j; h, acentuación, mayúsculas y signos de puntuación.

- Tarjetas ideovisuales.
- Power Points de ortografía arbitraria b/v, g/j, h.
- Ejercicios de conciencia fonológica.
- Letras móviles.

-Trabajar la lectura de pseudopalabras y palabras.

-Trabajar la redacción y organización de un texto

## 4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

El tratamiento del TDAH y la dislexia asociada debe ser multiprofesional, es decir, requiere una intervención médica, psicológica, logopédica y educativa adecuada así como que el protocolo de actuación fuera similar en cada uno de los ámbitos en los que interactúa el menor.

El objetivo general educativo es trabajar y desarrollar las habilidades necesarias (educativas, emocionales y sociales) que el TDAH y la dislexia, causan en el ámbito educativo, social, personal y familiar del menor. La consecución de un objetivo tan amplio no tendría lugar si no se pusiera en marcha planes de actuación concretos y personalizados a las necesidades del menor, las cuales son entendidas a través de la evaluación psicopedagógica

El desarrollo de la siguiente Propuesta de Intervención, tan sólo abarca una pequeña parte del global de objetivos que se debieran establecer en el menor tiempo posible. De una manera transversal, con esta propuesta se pretende, con la elaboración de actividades específicas, intervenir de una manera localizada en dos grandes entes: TDAH y dislexia.

La estructura de la propuesta que a continuación se detalla, especifica en un primer lugar los objetivos específicos que pretende, sin los cuales no podríamos llevar a cabo una línea de acción concreta. A continuación se establece la metodología general, abarcando una temporalización de las sesiones y explicando minuciosamente el estilo de aprendizaje que se utiliza. Por último, y no menos importante, se detallan las actividades que tendrán lugar, es decir, el paso a la acción del presente Trabajo Fin de Master. Cada actividad tiene unos objetivos, una metodología, y unos recursos propios, en consonancia con los programas de intervención que actualmente son propuestos para trabajar con alumnos con TDAH y Dislexia en nuestro país. Las actividades que se han llevado a cabo son novedosas, pretenden en todas las sesiones trabajar conjuntamente las dificultades de atención y de lectoescritura y están adaptadas a las necesidades del alumno concreto, M.S.C. Al final de la propuesta, se detallará cómo evaluar las sesiones, con el fin de mejorar, proponer o fomentar las actividades en un futuro a nuestro alumno como a cualquier otro que pudiera beneficiarse de las actividades.

## 4.1 OBJETIVOS DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

El objetivo general es el diseño de una Propuesta de Intervención educativa específica a dos grandes necesidades de nuestro alumno: El TDAH y la Dislexia.

Para la consecución de dicho objetivo general se establecen los siguientes objetivos específicos de aprendizaje:

- Incrementar la capacidad de aprendizaje del alumno.
- Fomentar la autonomía personal del alumno en sus tareas escolares.
- Reforzar la autoestima y la motivación por el aprendizaje.
- Desarrollar las fortalezas del alumno.

Por otro lado, la propuesta de Intervención se centra en el déficit atencional del alumno, por lo tanto, se establecen los siguientes objetivos centrados en el TDAH:

- Mejorar la organización y planificación en las tareas.
- Favorecer la interacción social promoviendo adecuadas habilidades sociales, respetando turnos de palabra.
- Controlar la impulsividad.

Finalmente, el desarrollo de las sesiones pretende, a su vez establecer los siguientes objetivos para favorecer las dificultades de lectoescritura (Dislexia) del menor:

- Mejorar la comprensión y fluidez lectora.
- Afianzar el uso de la vía fonológica en la lectura.
- Reforzar y entrenar el uso de la vía léxica como estrategia de automatización de la lectura.
- Aumentar su registro de léxico ortográfico (vocabulario visual conocido).
- Afianzar las reglas de ortografía reglada y arbitraria

## 4.2 METODOLOGÍA

La propuesta de intervención desarrollada se realiza una vez establecidas las necesidades y los objetivos a conseguir, desarrollando de esta manera, un Plan de Actuación concreto de ocho sesiones de una hora de duración, las sesiones tendrán lugar semanalmente y se podrá flexibilizar, tanto como pudiera ser posible, el día que tendrán lugar, intentando compatibilizar la intervención con otros factores como pudieran ser: el calendario de exámenes del alumno, el cansancio o la motivación por el aprendizaje, con el fin de conseguir los objetivos prefijados anteriormente.

Cada sesión consta de una hora de duración, el lugar será en todas las ocasiones una sala habilitada dentro del Centro educativo con sesiones individualizadas.

Para poder conseguir los objetivos previstos, debe existir una implicación activa del alumno en el aprendizaje. Para ello el programa cuenta con unas líneas fundamentales de acción:

-El ambiente en el que se desarrolla la intervención debe ser accesible, abierto, con el fin de que el alumno no se sienta incomodo e intimidado, si no que éste sea un lugar de comprensión y distensión. Para ello, antes de comenzar el desarrollo de las sesiones se explicará al alumno de manera sencilla y entendible, los resultados obtenidos incidiendo en las valoraciones positivas, al mismo tiempo que se toma conciencia tanto de las limitaciones como del contenido que se ha de trabajar en consonancia. Durante el programa resulta imprescindible reflejar los logros que se obtienen durante las actividades.

-El aprendizaje ha de ser participativo, el alumno ha de sentirse responsable en la determinación de objetivos y metas a alcanzar. Las metas han de ser sencillas y su consecución debe ser factible. De esta manera, el alumno se sentirá responsable de sus logros y el profesional tan sólo será un medio útil para poder alcanzarlos.

-Una vez establecidos los objetivos con el alumno, es relevante hacerle consciente los recursos y actividades que de forma general se llevaran a cabo así como las competencias que se han de trabajar para conseguir las metas propuestas (qué son las pseudopalabras, por qué trabajarlas, la importancia de los turnos de palabras en el aprendizaje, mantenimiento de la atención). En este sentido, se tendrá en cuenta el feedback positivo cada vez que las pautas estén presentes en el desarrollo de la sesión. En este sentido, el alumno será capaz de tener conciencia sobre su conducta y podrá, con mayor probabilidad, reflejarla fuera del aula de trabajo.

Finalmente, durante el desarrollo de las sesiones se llevarán a cabo dos tipos de ayudas complementarias, utilizadas por los docentes para favorecer y potenciar la comprensión lectora de los alumnos y que, en el presente trabajo tendrán lugar en el desarrollo de las sesiones no sólo para la consecución de los objetivos específicos para trabajar la Dislexia, si no en la consecución tanto de los objetivos específicos de aprendizaje como los ocasionados por el TDAH. Estas dos ayudas son las siguientes:

- **AYUDAS CÁLIDAS** Atienden a aspectos emocionales para fomentar la motivación por la tarea y generar deseabilidad y viabilidad por la lectura. Lo cálido puede hacer socavar el afrontamiento con éxito de esa tarea o facilitarlo. Supone atender a los estados motivacionales y emocionales del niño a lo largo del proceso de resolución de problemas. Nuestro objetivo es ayudar para que sus motivaciones, pensamientos y emociones acompañen el proceso facilitando la consecución de las metas que sean propuestas y, nunca, lo contrario. (Rueda, 2013)
- **AYUDAS FRÍAS** Suponen ayudar al niño a activar un conjunto de estrategias y procesos dirigidos a resolver conjuntamente un problema o tarea. Se centran en el propio proceso lector. Nuestra misión es ayudarlo a identificar sus problemas, fijar metas y seleccionar los medios adecuados para alcanzarlas, resolviendo los problemas identificados y propiciar autonomía en el procedimiento de resolución de problemas (Rueda, 2013)

En nuestro caso concreto, las ayudas frías permiten definir claramente el problema de atención, de lectoescritura o de aprendizaje que se presente, con lo que se ayudará al alumno de manera específica a resolver las dificultades que la tarea demanda (seguir por un laberinto, hacer consciente de faltas ortográficas con el uso de la letra “h”, incidir en el uso de la agenda para traer el material...) Es decir, hacer consciente al alumno del proceso de aprendizaje para la consecución de los objetivos marcados haciéndole participe en todo momento y siendo el profesional, una herramienta o medio en dicho proceso.

El uso de ayudas cálidas potenciará el efecto de las ayudas frías y serán determinantes para mantener la motivación, favorecer la autoestima y potenciar el aprendizaje de los objetivos más instrumentales. En nuestro alumno concreto las ayudas están relacionadas con la expresión de sentimientos, creencias o pensamientos que la intervención y el trabajo realizado le suponen, así como otros factores emocionales que pudieran surgir en el desarrollo de las sesiones. (cómo

se siente al haber realizado una tarea bien hecha, refuerzo y feedback positivo, recuerdo del progreso alcanzado...

#### Temporalización de las sesiones:

	COMPETENCIAS	DURACIÓN	LUGAR
<b>SESIÓN 1</b>	Decisión léxica	90 minutos	Centro Psicopedagógico
<b>SESIÓN 2</b>	Conciencia silábica	120 minutos	Centro Psicopedagógico
<b>SESIÓN 3</b>	Conciencia fonológica	90 minutos	Centro Psicopedagógico
<b>SESIÓN 4</b>	Expresión escrita	120 minutos	Centro Psicopedagógico
<b>SESIÓN 5</b>	Conciencia silábica	90 minutos	Centro Psicopedagógico
<b>SESIÓN 6</b>	Prosodia y fluidez lectora	90 minutos	Centro Psicopedagógico
<b>SESIÓN 7</b>	Recuerdo y generalización	90 minutos	Centro Psicopedagógico
<b>SESIÓN 8</b>		60 minutos	Centro Psicopedagógico

Figura 12: *Temporalización de las sesiones*. Elaboración propia

## 4.3 SESIONES

### **SESIÓN 1 DECISIÓN LÉXICA-ESCRITURA**

#### **-Objetivos específicos**

- Trabajar la dislexia superficial o diseidética.
- Fomentar la autoestima a través de la motivación por la lectoescritura.
- Fomentar el aprendizaje de la lectoescritura.
- Reforzar la conciencia fonológica.
- Mejorar la ortografía natural.
- Fomentar la atención sostenida a través de recursos multisensoriales, lúdicos y llamativos.

**-Metodología.**

El alumno tiene que ser consciente de sus propios procesos cognitivos, identificando los déficits y logros durante la tarea. Para ello, una estrategia inicial será enseñar a preguntarse durante el transcurso de la sesión, las dudas, los procedimientos que se llevan a cabo, por ejemplo: “lleva tilde porque es hiato”

Por otro lado, el material multisensorial que utilizamos con carteles reales, facilitará la consecución de los objetivos y posibilitará la atención continuada en la tarea.

**-Recursos materiales:**

- Cartulinas con los carteles impresos.
- Exámenes propios realizados en el Centro.
- Ordenador y acceso a internet.

**-Actividades**

La tarea de decisión léxica consiste en que el alumno decida qué palabras de los distintos carteles reales (encontrados en internet) están ortográficamente mal escritos. El alumno deberá escribir la palabra correcta en un folio, semejando la forma del cartel original. (ANEXO 2).

Posteriormente, una vez recordadas las reglas ortográficas más importantes se entrega al alumno los escritos, resúmenes o redacciones que haya realizado con anterioridad donde deberá localizar y corregir sus propios fallos ortográficos. Para mejorar la ortografía arbitraria, se creará un cuaderno donde de manera visual se relacionara la palabra con su significado. Por ejemplo, escribiremos tubo dibujando un tubo en la extensión de la letra “b”

**SESIÓN 2: LA CLAVE ESTÁ EN LA CANCIÓN****-Objetivos específicos**

- Mejorar la fluidez y comprensión lectora.
- Trabajar la prosodia en la lectura (entonación, acento y pausas).
- Fomentar el mantenimiento de la atención sostenida.
- Motivar al alumno en tareas de lectura.



- Potenciar la comprensión de estructuras sintácticas.
- Desarrollar valores y creencias positivas.
- Desarrollar la memoria a largo plazo y la flexibilidad cognitiva.
- Fomentar la creatividad.

### **-Metodología**

La sesión debe estar completamente estructurada. En primer lugar se explicarán los objetivos y el procedimiento de la sesión. A continuación, en un diálogo conjunto entre el docente y el alumno, se establecerá un tema que cobre especial relevancia en la vida del menor (amistad, familia, amor, honor...) Una vez elegido se escribirán en un papel palabras relacionadas con el tema buscando la rima asonante y consonante entre ellas. Por último se determinará el ritmo de la canción buscando en internet la melodía escogida por el alumno para así incrementar su motivación ya que escuchar y recordar letras de canciones es uno de sus hobbies favoritos. Una vez realizada la canción se grabará en vídeo para fomentar la generalización del aprendizaje y reforzar la cohesión familiar al compartir posteriormente la actividad.

El apoyo para encontrar las palabras necesarias será imprescindible para evitar la frustración y conseguir crear una canción divertida y de especial relevancia para el alumno.

### **-Actividades**

La actividad consiste en crear conjuntamente la letra una canción con un ritmo musical elaborado. Posteriormente se grabará la canción a través de la cámara web del ordenador, donde el alumno podrá leer aquellos versos que no recuerde.

### **-Recursos materiales**

- Ordenador y acceso a internet.
- Papel y boli.
- Cámara Web.

### **SESIÓN 3: FORMAMOS PSEUDOPALABRAS**

#### **-Objetivos específicos**

-Determinar con mayor precisión la evaluación del funcionamiento de la ruta visual y fonológica para la adquisición del lenguaje.

-Reforzar la conciencia fonológica.

-Fomentar la fluidez lectora.

-Trabajar la atención selectiva y sostenida.

#### **-Actividades**

Con el programa Word se imprimirán varias veces, en un tamaño considerable, semejando al ANEXO 3 las letras del alfabeto. Posteriormente se procederá a un sorteo para la formación de 20 pseudopalabras alternando las vocales y las consonantes para evitar la formación de palabras ilegibles.

Por último se medirá el tiempo y el número de errores en la lectura de las palabras creadas. Este proceso lo llevará a cabo el alumno y posteriormente el docente, siendo M.S.C. quién medirá el tiempo de ejecución y el número de errores.

#### **-Metodología**

El formato de las palabras será elegido por el alumno para fomentar el aprendizaje visoespacial una vez fotocopiadas. La creación de pseudopalabras no será completamente al azar, si no que el docente tendrá en cuenta las sílabas de tres letras y la supervisión de palabras ilegibles. Para hacer real los tiempos de medición cada uno deberá crear las palabras que tendrá que leer el otro (supervisando las del alumno) para evitar la memorización de las mismas y poder trabajar específicamente la conciencia fonológica. (Otxoa, 2014)

Además de la participación del docente en la lectura, la medición de los tiempos y los errores por parte del alumno servirán específicamente para fomentar la atención selectiva, dividida y sostenida (marcar errores, controlar tiempo...) La dificultad de la tarea de medición para el alumno es obvia ya que para ser consciente del error del docente deberá realizar una correcta lectura por lo que este parámetro no estará supervisado.

**Recursos materiales**

- Impresora.
- Folio y bolígrafo.
- Ordenador .
- Cronómetro.

**SESIÓN 4: LAS VACACIONES DE MI VIDA****-Objetivos específicos:**

- Fomentar la atención sostenida.
- Desarrollar estrategias de reflexión.
- Aumentar la motivación escolar.
- Potenciar su autonomía.
- Potenciar la comprensión de estructuras sintácticas.

**Actividades:**

El alumno M.S.C viajará durante el verano a otro continente, siendo este hecho muy significativo por lo que lo aprovechamos para trabajar y mejorar la redacción de textos. Se redactará un diario de vacaciones.

**Metodología:**

Para poner en práctica esta sesión vamos a seguir el Modelo de 1989 de Graham y Harris (citado por Arias, García y Fidalgo, 2003) adaptando la guía al alumno concreto y a la actividad en particular:

- Explicar la tarea antes de comenzar su redacción asegurando el entendimiento, para ello el alumno debe repetir con sus propias palabras la explicación de la sesión.
- Redactar en un folio los pasos a seguir, el tiempo de duración de cada paso y de la sesión en general, fomentando el control de tiempo
- Estructurar y detallar las diferentes partes del diario:

-Sitios y lugares de interés visitados.

-Comidas

-Sentimientos durante el viaje.

-Realizar una actividad conjunta donde M.S.C es guiado por las instrucciones del docente, por ejemplo redactar conjuntamente la introducción del diario.

-Fomentar la autonomía, siendo el propio alumno quién continúe con la redacción del texto.

-Generalizar la escritura.

-Reforzar los aspectos estructurales del texto sin incidir previamente en la ortografía (que pudiera analizarse en otra sesión) dando entonces especial relevancia a los nexos utilizados, la riqueza del vocabulario y la coherencia interna del diario.

#### **-Recursos materiales**

-Folios y bolígrafo.

-Ordenador y acceso a Internet.

### **SESIÓN 5: LA SÍLABA REPETIDA**

#### **Objetivos:**

-Fomentar la conciencia silábica.

-Potenciar la atención selectiva y sostenida del alumno.

-Mejorar la impulsividad respetando los turnos de palabra.

-Trabajar la memoria a corto y largo plazo.

-Desarrollar estrategias de flexibilización cognitiva.

-Fomentar la motivación y el aprendizaje.

#### **-Metodología**

En primer lugar se explicará al alumno los objetivos propuestos y la finalidad de la sesión del trabajo. Se establecerá un premio para el ganador acordado previamente, de esta manera motivaremos que el aprendizaje se establezca de manera lúdica.

Se trata de un juego competitivo, este hecho no puede dar lugar a que se establezca un ambiente tenso o frustrante, para ello es el docente quién debe guiar el proceso lúdico y asegurar la diversión y el juego entre ambos.

#### **-Actividades**

La actividad consiste en un juego competitivo entre el docente y el alumno. El juego comienza cuando uno de los dos expresa verbalmente una palabra, posteriormente tiene dos opciones: dar un golpe en la mesa o dos. Si diera un golpe en la mesa el otro jugador deberá expresar verbalmente una palabra que comience por la última sílaba de la dicha por su contrincante. Por el contrario si diera dos golpes a la mesa, el adversario tendrá que decir una palabra que comience por la sílaba que haya comenzado la palabra del otro. Es decir si se dice “mesa” y se da un golpe, el otro deberá decir, por ejemplo “sanidad”, si se dan dos golpes la palabra deberá empezar por “me” como “merienda. Durante el juego se contabilizarán los errores mentalmente. El jugador que obtenga tres errores marcará en un folio una X, quién llega a cinco X perderá el juego.

### **SESIÓN 6: CANTEMOS UN RAP**

#### **-Objetivos específicos:**

- Mejorar la fluidez y comprensión lectora.
- Trabajar la prosodia en la lectura (entonación, acento y pausas).
- Fomentar la atención sostenida.

#### **-Actividades y metodología**

El único estilo musical que le llama la atención a M.S.C es el rap, por ello se ha decidido este estilo para cantar una canción. Es una de las elecciones ya determinadas al ser el rap, rico en vocabulario y rápido en la fluidez verbal.

En primer lugar, como ya hicimos en la sesión anterior elegimos la temática (sociedad, amor, paz, colegio) para que la canción sea representativa y motivante para el alumno. La sesión

consiste en cantar la canción (subtitulada) al ritmo de la música. Cuando el alumno o el docente se atasque se podrá parar el vídeo para comenzar de nuevo y mejorar la fluidez lectora. Posteriormente leemos en voz alta la canción con una prosodia adecuada (sin cantar) siendo el alumno consciente de la temática de la canción. Finalmente se hará un breve resumen del contenido de la letra. Para facilitar la búsqueda, las canciones están seleccionadas con anterioridad:

*<https://www.youtube.com/watch?v=UFB3jOPggsg>*

*<https://www.youtube.com/watch?v=Jdklg52kPTE>*

*<https://www.youtube.com/watch?v=pvuOOPUC>*

*[https://www.youtube.com/watch?v=kLo\\_uX8kn9U](https://www.youtube.com/watch?v=kLo_uX8kn9U)*

*[https://www.youtube.com/watch?v=Xm0fH\\_3MTg4](https://www.youtube.com/watch?v=Xm0fH_3MTg4)*

*<https://www.youtube.com/watch?v=lr3ecQ4d96E>*

#### **-Recursos materiales**

-Ordenador y acceso a internet.

-Bolígrafo y papel.

### **SESIÓN 7: MEMORIA Y VOCABULARIO**

#### **Objetivos específicos:**

-Aprender vocabulario de Inglés específico en su etapa educativa.

-Potenciar la conciencia fonológica.

- Trabajar la memoria a corto y largo plazo.

-Respetar el turno de palabra.

-Planificar y estructurar la temporalización.

-Mejorar la impulsividad respetando los turnos de palabras.

#### **Recursos materiales:**

Fichas en ingles.

**Actividades:**

Esta actividad está adaptada de la Página Web: Ladislexia.net. Consisten en jugar con parejas de tarjetas al “memory” donde cada pareja tiene por un lado el dibujo y por otro lado el vocabulario en inglés que corresponda a la imagen.

**Metodología:**

Las imágenes en fichas están realizadas previamente, teniendo en cuenta el vocabulario correspondiente a los contenidos de la asignatura de inglés. Por cada imagen, se escribirá en otra ficha la palabra correspondiente en inglés. Al terminar jugaremos al “memory” respetando turnos. El ganador será quién obtenga mayores fichas.

Los idiomas extranjeros tienen una dificultad añadida para nuestro alumno, es por ello que a través del juego fomentamos la memorización de las palabras. Como en las anteriores sesiones se tienen que pactar previamente los objetivos y contenidos de la sesión, marcando los tiempos que nos llevará realizar cada una de las actividades.

**SESIÓN 8: RECORDEMOS LO APRENDIDO****Objetivos:**

- Generalizar lo aprendido a otros ámbitos.
- Trabajar la memoria a largo plazo.
- Fomentar la planificación y estructuración de las ideas.
  - Motivar el aprendizaje.
  - Trabajar la atención sostenida.

En esta última sesión, el alumno y el docente conjuntamente escribirán en un folio las actividades realizadas en las pasadas sesiones, repasando los objetivos y los contenidos que se han trabajado. Específicamente se elaborará una pequeña planificación de manera escrita donde incorporar los contenidos de cada una de las sesiones con el objetivo de realizar actividades fuera del centro que pudieran identificarse por su similitud y criterios a las actividades realizadas. Por ejemplo, los miércoles después del colegio buscar una canción en el ordenador y aprender la letra, los jueves trabajar vocabulario de Inglés de manera lúdica y/o competir con

su familia. Los domingos escribir en un diario lo más importante que haya ocurrido durante la semana.

El docente apoyará en todo momento y será guía fundamental para ayudar a realizar la planificación.

## **EVALUACIÓN**

La propuesta de intervención desarrolla actividades para trabajar la dislexia disidética y fonológica adaptadas al déficit de atención del menor. La intervención de estos dos grandes constructos es extensa en el tiempo como en la intensidad de las sesiones. Es por ello que la evaluación no está sometida (por tiempo ni por intensidad) a una mejora de la sintomatología que presenta el alumno, simplemente se valorará la adecuada eficacia de las sesiones para trabajar dos trastornos asociados de manera conjunta. Una evaluación positiva en este sentido, podrá suponer la inclusión de este tipo de actividades en un plan de acción multidisciplinar posteriormente.

En este sentido, existirá una evaluación específica de la propuesta de intervención en diferentes aspectos:

En primer lugar, el desarrollo de las actividades será, tan sólo el comienzo de la adquisición de competencias a través de un plan de acción más exhaustivo y elaborado.

Será preciso evaluar mediante una entrevista al alumno incidiendo en el interés propio de las sesiones, en su aprendizaje y en la metodología. El alumno es el foco de la intervención, por lo que se tendrá en cuenta especialmente sus valoraciones para mejorar la metodología, la participación o el dinamismo de las actividades.

Sesiones como la lectura de pseudopalabras son actividades que además de ser en sí misma una ayuda para fomentar la conciencia fonológica nos sirve para medir los resultados en tiempo y errores y por lo tanto, conocer la progresión del alumno.

Finalmente, las baterías de Test utilizadas como el PROLEC y el PROESC nos servirán al finalizar el próximo curso escolar para valorar las diferencias y la mejora esperada una vez aplicado el futuro plan de acción.



## 5.CONCLUSIONES

La dislexia y el TDAH son constructos muy conocidos y valorados profesionalmente en el ámbito psicopedagógico. Son, sin duda, son dos de los trastornos infantiles con mayor prevalencia que inciden negativamente tanto en el desarrollo pedagógico como en el desarrollo personal y social del menor. Son frecuentes las consultas de familias a gabinetes o departamentos de orientación, preocupadas por este hecho y cuantiosos los estudios de investigación y programas de intervención que se desarrollan con el fin de mejorar y trabajar dos patologías de elevado interés actual.

El desarrollo de herramientas, programas y/o tratamientos no tendría sentido si no se siguieran pautas conductuales coherentes y relacionadas con las diferentes áreas donde interactúa el menor. De este hecho radica la importancia de un tratamiento multidisciplinar donde escuela, familia y centro de apoyo educativo coincidieran en la actuación y estuvieran en continúa comunicación con el fin de reforzar y conocer la evolución en los diferentes ámbitos del alumno.

Como se ha mencionado con anterioridad, estos dos trastornos independientes e interrelacionados afectan al desarrollo en los diferentes ámbitos donde interactúa el menor. Es de vital importancia incidir en el desarrollo personal y en el autoconcepto que se ve fuertemente dañado y ocasiona una baja autoestima que determina el desarrollo en otros ámbitos. Es por ello que aspectos psicosociales tan relevantes como la motivación o la autoestima deban trabajarse desde una metodología colaborativa, incidiendo especialmente en los factores psicosociales que están determinando el aprendizaje del alumno. Durante la propuesta de intervención es extrema la importancia de la metodología a seguir ya que es determinante para poder llevar a cabo la actuación con el alumno. Por ello se ha escogido una metodología activa y participativa, donde docente y alumno estén en continua comunicación y las actividades se desarrollen de forma conjunta. Además se fomentará el uso de las nuevas tecnologías para mejorar la atención, motivar el aprendizaje y desarrollar herramientas para el uso efectivo de las TICS. Un alumno motivado por el aprendizaje es la clave para poder desarrollar un programa con efectividad.

La propuesta de intervención está desarrollada únicamente para trabajar de manera transversal (en una sesión a la semana) las áreas más afectadas por la dislexia y el TDAH de M.S.C. La propuesta de intervención no tendría sentido, si a la vez no se reforzarán las

competencias pedagógicas a través de un apoyo educativo especializado y una intervención efectiva. De la misma manera, la intervención con la familia y las adaptaciones curriculares en el Centro Educativo cobran especial relevancia al ser eje fundamental para la consecución de los objetivos en el tratamiento.

La evaluación psicopedagógica debe contemplar los aspectos fundamentales que interfieren o potencian el desarrollo del alumno. Para ello, son imprescindibles las entrevistas con el Centro Educativo y sus familiares, sus valoraciones, así como baterías de pruebas estandarizadas de los principales procesos cognitivos e hipótesis establecidas ante las necesidades demandantes de la familia. Una íntegra evaluación pudiera haberse empleado en el presente trabajo, abarcando entrevistas más exhaustivas a la familia, al Centro educativo y empleando herramientas psicopedagógicas eficaces para delimitar de manera más precisa las necesidades, los déficits y las potencialidades del alumno en cuestión. Sin embargo, la extensión y profundización del trabajo así como el acceso a determinadas baterías de evaluación ha impedido la realización de una evaluación más detallada, donde simplemente se han identificado déficits atencionales y dificultades específicas en lectoescritura que han servido para que, posteriormente se haya desarrollado un plan de acción más exhaustivo completando la información y conclusiones estudiadas en la evaluación del menor.

Por otro lado, la propuesta de intervención está diseñada teniendo en cuenta las dificultades obvias que manifiestan los alumnos con dislexia para trabajar el desarrollo fonológico y/o visoespacial cuando estas dificultades en lectoescritura vienen dadas de la mano de un déficit atencional. Observando las diferentes metodologías y actividades más importantes para trabajar la dislexia mixta, la mayoría de ellas consisten en fichas de trabajo (cambiar b por v, lectura de pseudopalabras...) que sin una adaptación, como la del presente trabajo, no servirán, en mi opinión, para trabajar adecuada y eficazmente con un alumno, como M.S.C, que además presenta un TDAH. Es por este motivo por lo que decidí innovar actividades de los principales manuales de intervención de trastornos del lenguaje y el material que durante el Máster recabé, para completarlas con actividades que mejoraran la planificación, la atención sostenida, la atención selectiva, la impulsividad y otros factores propios del déficit atencional, creando sesiones donde se tienen en cuenta los intereses y motivaciones del alumno en cuestión. Por lo tanto, si la propuesta de intervención contempla una evaluación positiva, podrá en un futuro modificarse teniendo en cuenta las características propias de M.S.C y otros alumnos que reúnan una sintomatología similar y unos objetivos relacionados. Esta propuesta es el primer paso para desarrollar un plan de acción completo, complementado con una evaluación más exhaustiva,

para trabajar la dislexia (mixta, fonológica y/o disidética) cuando viene acompañada de un TDAH.

Finalmente, quisiera agradecer al Centro Psicopedagógico su apoyo y entrega para que pudiera realizar el trabajo, facilitándome los medios necesarios y orientándome en las prácticas psicopedagógicas, así como la dedicación que diariamente manifiestan para mejorar la calidad de vida de muchos alumnos y sus familias, encontrando el aliento necesario para sobreponerse a las dificultades. Así mismo, el trabajo hubiera sido otro si M.S.C no se hubiera cruzado en el camino. A él le debo mucho más que su esfuerzo requerido para la evaluación, él es el actor principal de una historia de superación que acaba de comenzar tras detectar las necesidades y analizar las dificultades que impedían el correcto desempeño educativo y psicosocial. Una historia que no puede tener otro desenlace que no sea un final feliz, donde la familia, el Centro Educativo y el Centro Psicopedagógico sean apoyos para desarrollar las competencias pedagógicas y personales que le permitirán conseguir cualquiera de los objetivos realistas que pudiera proponerse.

Los libros, manuales, los seminarios no tendrían sentido si esa base teórica (relevante e imprescindible) no viniera acompañada de casos prácticos que determinarán la funcionalidad de los estudios, las estadísticas y los programas de intervención. M.S.C ha sido en mi desarrollo profesional, la persona que tanto nombraban estas bases teóricas y que yo no había tenido la oportunidad de personificar. M.S.C me ha enseñado algo tan importante como es la actuación in situ y la puesta en práctica de las habilidades comunicativas y personales para llevar a cabo un adecuado desarrollo profesional. Creo que si tuviera que autoevaluar estas habilidades mencionadas, el desarrollo del presente trabajo me ha hecho, desde el primer momento, ser consciente de su importancia, actuando durante las sesiones, de manera más comunicativa, más empática y menos errática progresivamente.

Un Centro Psicopedagógico es una de las mayores oportunidades de desarrollo profesional que ofrece el Máster de Psicopedagogía. En este ámbito podemos llevar a cabo nuestra labor educativa fuera del contexto de la educación formal apoyando y facilitando el desarrollo pedagógico y personal de los alumnos con necesidades educativas específicas en colaboración con la familia y el Centro educativo. Sin duda, el Trabajo Fin de Máster ha sido una oportunidad para desarrollar las competencias en un área de especial interés profesional, reflexionando sobre el uso de estrategias psicoeducativas y profundizando en el conocimiento teórico de dos grandes

dificultades de aprendizaje. Un primer paso de reflexión, conocimiento y desarrollo dentro del camino profesional que he decidido y espero culminar.

“¿Entonces para qué sirve la utopía? Para eso, sirve para caminar.” (Eduardo Galeano)

## BIBLIOGRAFÍA

- Ardila, A., Matute, E. y Roselli, M. (2005) *Neuropsicología de los trastornos del aprendizaje*. Ciudad de México: Manual Moderno.
- Arias, O., Fidalgo, R., García, J.N. (200) El desarrollo de las competencias transversales en Magisterio mediante el Aprendizaje Basado en Problemas y el Método de Caso. *Revista de Investigación Educativa*, 26 (2), 431-445.
- Artigas-Pallarés, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista Neurológica*, 36 (Supl 1), 68-78.
- Bakker, L. y Rubiales, J. (2010). Interacción de factores genéticos y ambientales en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Estudio de caso de gemelos. *Revista Chilena Neuropsicología*, 5 (3), 226-236.
- Barkley, R. (2011). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Madrid: Espasa.
- Benito, R. (2008) *Evolución en el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida*. Madrid: DRAFT EDICIONES, S.L.
- Campo del, M.E (2002). *Dificultades de aprendizaje e Intervención Psicopedagógica*. Madrid: Sanz y Torres, S.L
- CIE 10. (1994). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Díez, A. (2013). El 75% del TDAH es genético. *Mente y cerebro*. (61), 22-25.
- Díez, A., Figueroa, A. y Soutullo, C (2006) Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. *Revista pediatría de atención primaria*, 8 (4), 135-155.
- DSM-5. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Ley N° 106. Ley Orgánica de Educación. BOE, Madrid, 4 Mayo de 2006.
- Matute, E. y Soledad, C.(2012) *Dislexia: Definición e intervención en hispano hablantes*. Madrid: Manual Moderno.
- Mena, B., Nicolau, R., Salat, L., Tort, P. y Romero, B. (2006). *El alumno con TDAH. Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. Guía práctica para educadores*. Barcelona: Ediciones Mayo.
- Mercer, C. (1991). *Dificultades de aprendizaje. Tomo I: Origen y Diagnóstico*. Barcelona: CEAC.

- Miles, T.R. y Miles, E. (2005) *Dislexia: Perspectivas evolución y controversias*. Madrid: Trillas, S.A
- Otxoa, M. (2014). Actividades para trabajar la Dislexia. Manuscrito no publicado, UVA.
- Reinberger, S. (2013). Las múltiples caras del TDAH. *Mente y cerebro*, (61), 16-22.
- Rodríguez, L., López, J.A., Garrido, M., Sacristán, A.M., Martínez, M.T., y Ruiz, 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.
- Soutullo, C. y Díez, A. (2007). *Manual de Diagnóstico y Tratamiento del TDAH*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Vega de, M. (1984). *Introducción a la psicología cognitiva*. Madrid. Alianza Editorial.

## BIBLIOGRAFÍA EN LA RED

- CADAH. (2009). Fundación CADAH. Recuperado de:  
<http://www.fundacioncadah.org/web/>
- Espina, A. y Ortego, A. (2011) Guía Práctica para los Trastornos de Déficit Atencional con/sin Hiperactividad. Recuperado de:  
<http://www.centrodepsicoterapia.es/pdf/Guia%20TDAH.pdf>
- García-Villamizar, D. y Navarro, M. (2011). Comorbilidad entre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y los trastornos internalizantes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, (4), 295-304. Recuperado de:  
[http://infad.eu/RevistaINFAD/2011/n1/volumen4/INFAD\\_010423\\_295-304.pdf](http://infad.eu/RevistaINFAD/2011/n1/volumen4/INFAD_010423_295-304.pdf)
- Jara, A. (2009). El TDAH, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, en las clasificaciones diagnósticas actuales (C.I.E.10, D.S.M.IV–R y C.F.T.M.E.A.–R 2000). *Norte de Salud Mental*, 35, 30-40. Recuperado de:  
[http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/186/cd/m1/Art.1.3.CIE-10\\_y\\_DSM-IV.pdf](http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/186/cd/m1/Art.1.3.CIE-10_y_DSM-IV.pdf)

- Miles, R. (2004). Algunos problemas en determinar la prevalencia de la dislexia. *Revista electrónica de Investigación Psicoeducativa*. Vol 2 (2), 5-12. Extraído de: <http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/new/ContadorArticulo.php?43>
- Pelayo, J.M. y Zapico, Y. (2012). TDAH: Una visión multidisciplinar. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 11 (2), 1-126. Recuperado de: [http://www.ascane.org/docs/cuaderno\\_psiquiatria\\_comunitaria\\_2\\_2012.pdf](http://www.ascane.org/docs/cuaderno_psiquiatria_comunitaria_2_2012.pdf)
- FEAADAH. (2007). Federación Española de asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad. Recuperado de: <http://www.feaadah.org/es/quienes-somos/>

## ANEXOS

ANEXO 1: DICTADO ADAPTADO. Adaptado de: Castellano en el instituto. “Dictados”.  
<http://blocs.xtec.cat/marcosorozco/2008/09/25/dictatdos-de-segundo-de-eso/>

### DICTADO

Las bellas manos que cortaban las flores del huerto han desaparecido ya hace tiempo. Hoy sólo viven en la casa un señor y un niño. El niño es chiquito, pero ya anda solo por la casa, por el jardín, por la calle. No se sabe lo que tiene el caballero que habita en esta casa. No cuida del niño; desde que murió la madre, este chico parece abandonado de todos. ¿Quién se acordará de él? El caballero –su padre– va y viene a largas cacerías; pasa temporadas fuera de casa; luego vienen otros señores y se encierran con él en una estancia; se oyen discusiones furiosas, gritos. El caballero, muchos días, en la mesa, regaña violentamente a los criados, da fuertes puñetazos, se exalta. El niño, en un extremo, lejos de él, le mira fijamente, sin hablar.

### DICTADO ADAPTADO

Las bellas \_\_\_\_\_ que cortaban las flores del \_\_\_\_\_ han desaparecido ya \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_. Hoy \_\_\_\_\_ viven en la casa un \_\_\_\_\_ y un niño. El niño es \_\_\_\_\_, pero ya anda \_\_\_\_\_ por la \_\_\_\_\_, por el jardín, por la \_\_\_\_\_. No se sabe lo que tiene el \_\_\_\_\_ que \_\_\_\_\_ - en esta casa. No cuida del niño; desde que \_\_\_\_\_ la madre, este chico parece \_\_\_\_\_ de todos. ¿\_\_\_\_\_? El \_\_\_\_\_ –su padre– va y viene a largas \_\_\_\_\_; pasa temporadas fuera de casa; luego vienen otros \_\_\_\_\_ y se encierran con él en \_\_\_\_\_; se oyen discusiones \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. El caballero, muchos días, en la mesa, \_\_\_\_\_ a los criados, da fuertes \_\_\_\_\_, se exalta. El niño, en un e \_\_\_\_\_, lejos de \_\_\_\_\_, le mira fijamente, \_\_\_\_\_.



## ANEXO 2: SESIÓN 1 DECISIÓN LÉXICA. Elaboración propia.



## ANEXO 3: SESIÓN 3 FORMANDO PSEUDOPALABRAS. Elaboración propia.

A B C D

E F G H I

J K L M

N Ñ O P

Q R S T

U V X Y Z