



---

**Universidad de Valladolid**

**Facultad de Educación y Trabajo Social**

**Máster Universitario en Psicopedagogía**

*Propuesta de intervención psicopedagógica para la mejora de  
la motivación en el alumnado con TDAH*

*Trabajo Fin de Máster*

**Presentado por:**

Paula Morán García

**Tutor:**

Pof. Dr. Juan Antonio Valdivieso Burón

(Departamento de Psicología)

**Julio, 2018**

## RESUMEN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un trastorno de origen neurobiológico que se inicia en la infancia, se mantiene en la adolescencia y persiste en algunos casos en los adultos.

Este trastorno presenta un cuadro de inatención, hiperactividad e impulsividad y suele aparecer con problemas asociados, principalmente trastornos emocionales, comportamentales y problemas de aprendizaje. Se identifica con alteraciones cognoscitivas y afectivas en las que encontramos los problemas motivacionales como uno de los ejes principales. Por ello, el objetivo de este trabajo ha sido analizar conceptualmente el TDAH, la motivación y la relación existente entre ambos para elaborar una propuesta de intervención psicopedagógica que nos permita trabajar en la mejora de esta problemática con el alumnado afectado.

**Palabras clave:** TDAH, motivación, emoción, cognición, aprendizaje, estrategias.

## ABSTRACT

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurobiological origin disorder that begins in childhood, remains in adolescence and persists in some cases in adulthood.

This disorder presents an inattention picture, hyperactivity and impulsivity and usually appears with associated problems, mainly emotional and behavioural disorders as well as learning problems. It's identified with cognitive and affective disturbances in which we can find motivational problems as one of the main axes. Therefore, the objective of this work has been to conceptually analyze the ADHD, the motivation and the relationship between both to elaborate a psychopedagogical intervention proposal that allows us to work on the improvement of this problem with the affected students.

**Keywords:** ADHD, motivation, emotion, cognition, learning, strategies.

## **ÍNDICE**

1. INTRODUCCIÓN .....	5
2. JUSTIFICACIÓN .....	6
3. OBJETIVOS .....	8
4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA .....	9
4.1. ALUMNADO CON TDAH .....	9
4.1.1. Breve recorrido histórico y evolución del concepto.....	10
4.1.2. Definición del TDAH.....	12
4.1.3. Características y diagnóstico .....	13
4.1.4. Etiología del TDAH .....	17
4.1.5. Comorbilidad del TDAH.....	18
4.1.6. Intervención psicopedagógica y tratamiento multimodal del TDAH .....	19
4.2. MOTIVACIÓN .....	21
4.2.1. Breve recorrido histórico y evolución del concepto de motivación.....	21
4.2.2. Concepto de motivación.....	22
4.2.3. Tipos de motivación .....	24
4.2.4. Motivación, Emoción y Cognición .....	24
4.3. MOTIVACIÓN Y TDAH .....	27
5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	28
5.1. METODOLOGÍA.....	28
5.2. DESTINATARIOS.....	29
5.3. TEMPORALIZACIÓN .....	29
5.4. ACTIVIDADES .....	30
6. CONCLUSIONES/DISCUSIÓN E IMPLICACIONES .....	36
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37
ANEXOS.....	46

# 1. INTRODUCCIÓN

La diversidad que nos encontramos hoy en día en las aulas es una realidad que constituye nuestro sistema educativo y ante la que tenemos que responder de la mejor manera posible, con el objeto de diseñar espacios educativos más inclusivos (Casanova, 2011). Dentro de esta gran diversidad se encuentra el alumnado que presenta Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, a partir de ahora TDAH. Debido a esto, es imprescindible que cada uno de los profesionales que tenga contacto con el aula sea conocedor de las características generales de este trastorno, las estudie y reflexione sobre ellas con el fin de actuar de la manera más adecuada e individualizada a la hora de dar respuesta a cada una de las necesidades del alumnado a lo largo de todo su periodo de formación académica (Gil-Flores & Iglesias, 2017).

El TDAH se asocia a una serie de características que en el contexto escolar se refieren a necesidades específicas de apoyo educativo (NEAE), concepto que tiene su fundamento normativo en la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, en su redacción dada por la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa (en adelante LOE-LOMCE), y que en Castilla y León se concreta según la Instrucción de 24 de agosto de 2017, de la Dirección General de Innovación y Equidad Educativa donde queda recogido que se extrae del grupo de alumnos con necesidades educativas especiales a los alumnos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) creándose como un nuevo grupo con necesidad específica de apoyo educativo, por lo que esta categoría diagnóstica cobra especial relevancia y consideración en el sistema educativo.

En este contexto, y a partir de lo dispuesto en la *ORDEN EDU/987/2012, de 14 de noviembre, por la que se regula la organización y funcionamiento de los equipos de orientación educativa de la Comunidad de Castilla y León*, una de las funciones específicas a desarrollar por el Orientador en un EOE, es el asesoramiento al profesorado en la atención a la diversidad del alumnado, debiendo apoyar en todo momento los procesos de adopción y aplicación de diversas medidas psicopedagógicas, sobre todo de naturaleza preventiva. Por ello, el profesional de la Psicopedagogía ha de entender conceptualmente las características del TDAH y, en su caso, determinar planes y programas de intervención específicamente destinados a su mejora y su adaptación en el aula.

El TDAH constituye un tipo de trastorno que de forma progresiva ha aumentado en cuanto al índice numérico de casos, así como en la tipología de su desarrollo, existiendo datos de una

prevalencia muy variable en función de las características del alumnado investigado (Cardo et al., 2011), pero se estima que se da en una prevalencia media del 5,29%, cifra que va en aumento en los últimos años (Russell, Rodgers, Ukoumunne & Ford, 2014), y que constituye uno de los factores clave que mediatizan el fracaso escolar (Ulloa & Hernández, 2015). Por ello, resulta necesario diseñar y desarrollar estrategias psicopedagógicas que ayuden a frenar las cifras de fracaso escolar entre el alumnado con TDAH y permitan una mejora de los niveles motivacionales de éste, siendo por tanto clave, intervenir de forma directa sobre la motivación, elemento que se fundamentan sobre aspectos cognitivos y emocionales (Evans, 2014).

En el presente TFM, una vez que se ha definido la relevancia de esta temática para la adquisición y desarrollo de las competencias como profesional de la Psicopedagogía, haber esgrimido los objetivos generales y específicos que se van a perseguir, se trata de organizar un marco conceptual lo más actual y preciso posible sobre las características del TDAH en el alumnado del sistema educativo español, explicando sus necesidades específicas, así como estrategias y procedimientos psicopedagógicos de intervención que tengan como aspecto clave la mejora de la motivación de este alumnado. Por último, se plantea una serie de actividades de intervención para poner en práctica con el alumnado de Educación Primaria con TDAH en el aula.

## **2. JUSTIFICACIÓN**

Cuando hablamos sobre el TDAH y de cómo intervenir tenemos que tener en cuenta que se trata de un trastorno que afecta a diferentes áreas de la vida del niño, por lo que, del mismo modo, su tratamiento deberá plantearse desde un enfoque multidisciplinar y multimodal (Cardo et al., 2017; Hernández & Gutiérrez, 2014), actuando así sobre aspectos cognitivos, conductuales, familiares, afectivos y sociales. De este modo, si se diseña y desarrolla un plan de trabajo psicopedagógico global se podría evitar la aparición de muchos problemas asociados al TDAH y, con ello, reducir el impacto de éste en la vida del afectado.

Uno de estos problemas y quizás, uno de los más conocidos, es el bajo rendimiento académico. En este sentido, Berenguer (2016) dice que, los síntomas del TDAH, especialmente la inatención, están negativa y significativamente relacionados con los problemas académicos y con el logro escolar. Y, aunque a lo largo del ciclo vital suele disminuir el nivel de

hiperactividad, los problemas atencionales y la impulsividad aumentan, con lo cual se van incrementando las repercusiones negativas del trastorno sobre el rendimiento académico.

En este sentido, la figura del psicopedagogo juega un papel fundamental ya que, se considera un recurso muy importante para responder adecuadamente a las necesidades educativas específicas que pueden tener este alumnado, procurando así, comprender los procesos de enseñanza y aprendizaje en el contexto escolar y extraescolar (Karhu, Närhi & Savolainen, 2018).

Así, y dentro de este enfoque multimodal, la intervención psicopedagógica tiene como objetivo favorecer la adaptación académica y comportamental del alumnado con TDAH a través de un programa individual diseñado por un especialista o grupo de especialistas en función de las características sintomatológicas y las circunstancias que rodeen al mismo (Pérez & Rodicio, 2017). Por ello, desde la Psicopedagogía se ha de enfocar la intervención a que el alumnado adquiera estrategias y recursos para afrontar tanto su vida personal como académica de la mejor manera posible ya que, muchos de los problemas se deben a las propias dificultades organizativas, de planificación, priorización, atención y precipitación de la respuesta que obedecen a las alteraciones de las funciones ejecutivas (Ríos-Gallardo et al., 2017), aunque también pueden influir otros aspectos conductuales, afectivos, familiares y sociales (Fontana & Ávila, 2015).

Por todo esto, el presente TFM, además de conceptualizar los elementos característicos y diferenciadores del TDAH a partir de sus criterios diagnósticos más actuales desde el ámbito psicológico (DSM-5) y educativos (criterios para la inclusión en la aplicación ATDI según la Instrucción de 24 de agosto de 2017 de la Dirección General de innovación y Equidad Educativa por la que se modifica la instrucción de 9 de julio de la Dirección general de Innovación Educativa y Formación del Profesorado, por la que se establece el procedimiento de recogida y tratamiento de los datos relativos al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo escolarizado en centros docentes de Castilla y León), se ha diseñado una propuesta de intervención psicopedagógica para la aplicación en el aula con este alumnado de Educación Primaria, centrado en el desarrollo de los factores motivacionales, debido a su importancia (Morsink et al., 2017), que engloban aspectos cognitivos, emocionales y sociales.

### 3. OBJETIVOS

En este apartado se describen los objetivos que se pretenden alcanzar en el presente TFM, relacionándolos con las competencias generales y específicas mencionadas en la Guía Docente de la Universidad de Valladolid referidas al Máster Universitario en Psicopedagogía.

El primer objetivo que se aborda es *analizar teórica y conceptualmente el TDAH como necesidad específica de apoyo educativo presente en el sistema escolar, tratándolo de relacionar con la importancia del desarrollo motivacional*, siendo posiblemente este factor uno de los determinantes a considerar para mejorar los procesos educativos del alumnado con este trastorno.

Este objetivo se relaciona directamente con las siguientes competencias del máster que mostraremos a continuación a través de la siguiente tabla (Tabla 1):

Tabla 1. Relación del objetivo 1 con las competencias generales y específicas del máster.

COMPETENCIAS GENERALES	COMPETENCIAS ESPECÍFICAS
Resolver problemas en entornos nuevos o poco conocidos –de forma autónoma y creativa- y en contextos más amplios o multidisciplinares.	Diagnosticar y evaluar las necesidades socioeducativas de las personas, grupos y organizaciones a partir de diferentes metodologías, instrumentos y técnicas, tomando en consideración las singularidades del contexto.
Tomar decisiones a partir del análisis reflexivo de los problemas, aplicando los conocimientos y avances de la psicopedagogía con actitud crítica y hacer frente a la complejidad a partir de una información incompleta.	Formular nuevas propuestas de mejora de la intervención psicopedagógica, fundamentadas en los resultados de la investigación psicopedagógica
Implicarse en la propia formación permanente, reconocer los aspectos críticos que ha de mejorar en el ejercicio de la profesión, adquiriendo independencia y autonomía como discente y responsabilizándose del desarrollo de sus habilidades para mantener e incrementar la competencia profesional.	

El segundo y último objetivo que se trata en este TFM es *diseñar una propuesta de intervención psicopedagógica de mejora de las capacidades y aptitudes escolares en alumnado con TDAH de Educación Primaria, a partir de actividades que desarrollen la motivación como elementos de vinculación de aspectos cognitivos y emocionales*.

Este objetivo se relaciona directamente con las siguientes competencias del máster que se mostrarán a continuación a través de la siguiente tabla (Tabla 2):

Tabla 2. Relación del objetivo 2 con las competencias generales y específicas del máster.

<b>COMPETENCIAS GENERALES</b>	<b>COMPETENCIAS ESPECÍFICAS</b>
Resolver problemas en entornos nuevos o poco conocidos –de forma autónoma y creativa- y en contextos más amplios o multidisciplinares.	Aplicar los principios y fundamentos de la orientación al diseño de actuaciones favorecedoras del desarrollo personal y/o profesional de las personas.
Tomar decisiones a partir del análisis reflexivo de los problemas, aplicando los conocimientos y avances de la psicopedagogía con actitud crítica y hacer frente a la complejidad a partir de una información incompleta.	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
	Analizar, interpretar y proponer actuaciones, teniendo en cuenta las políticas educativas derivadas de un contexto social dinámico y en continua evolución.

## **4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

### **4.1. ALUMNADO CON TDAH**

El trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad es uno de los trastornos infantiles más frecuentes; se estima su prevalencia entre un 3% a 7% de los niños en edad escolar (American Psychological Association, 2000). Se trata de un trastorno que se inicia aproximadamente a los seis años, se mantiene durante la adolescencia, y persiste en los adultos en un 40% de los casos (Rodríguez et al., 2011).

Comprende los patrones de conductas continuas de desatención, hiperactividad e impulsividad. El DSM-5 (APA, 2013) considera que este trastorno está presente cuando estas conductas tienen mayor frecuencia e intensidad de lo que es habitual en las personas de la misma edad y del mismo nivel de desarrollo.



Además, aunque sus síntomas principales sean los ya mencionados, estos suelen coexistir con problemas de comportamiento, dificultades de aprendizaje y déficits en el funcionamiento socioafectivo, lo que suele repercutir en las relaciones familiares.

Desde un punto de vista histórico el problema de la inatención en el ámbito escolar es un problema relativamente frecuente, en España este concepto fue introducido por López Ibor sobre los años 60-70 y es un trastorno que ha ido cambiando mucho en su concepción.

En los últimos años hemos experimentado lo que parece un aumento en el conocimiento a nivel general de lo que supone este trastorno, parece que ya todo el mundo, profesional o no, ha oído hablar de lo que es el TDAH y que cada vez son más los niños y niñas que lo padecen, sin embargo, el problema de concienciación sigue estando presente, independientemente de la multitud de teorías y opiniones sobre la existencia o no de esta problemática, ya que no se tiene muy claro lo que implica padecer TDAH, y cómo trabajar con estos niños y niñas dentro y fuera de la escuela. En esta línea, Martínez, Herrera & López (2014), señalan como principio general de actuación en el TDAH y base del tratamiento que, en la atención a los niños con este diagnóstico, familia y escuela acuerden y establezcan soluciones conjuntamente.

#### **4.1.1. Breve recorrido histórico y evolución del concepto**

Son muchos los precedentes históricos que podemos encontrar sobre el TDAH, y muy larga la evolución conceptual que este trastorno ha sufrido desde que apareció por primera vez, en 1845, lo que hoy conocemos como Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, cuando el psiquiatra Heinrich Hoffman, en su obra “Felipe el Enredador” describe a un niño con estas características (Soutullo & Diez, 2007).

Posteriormente, en 1902, George Federick Still, definió por primera vez, en una serie de tres conferencias pronunciadas en Londres, un síndrome caracterizado por elevada agresividad, conducta desafiante, resistencia a la disciplina, exceso de actividad, labilidad emocional, dificultad para concentrarse y una reducida capacidad de control inhibitorio (Navarro & García, 2010). Still defendía que estos comportamientos tenían su origen en “defectos del control moral” que se relacionaban con la moral familiar y malformaciones congénitas (Vázquez, 2016).

Sin embargo, el aspecto neuropsicológico de los trastornos específicos del desarrollo psicológico infantil fue introducido por Boncourt, & Philippe en 1907, quienes comienzan a

hablar del “escolar inestable” y lo describen como aquel niño que presenta dificultades de aprendizaje relacionadas con déficits atencionales para escuchar, responder y comprender (Montañez, 2014).

No fue hasta 1968, cuando la Asociación Americana de Psiquiatría describe por primera vez el TDAH en su segunda edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-II) como una “reacción hiperkinética de la infancia y la adolescencia” (Guerrero, 2016). Siete años más tarde, la Organización Mundial de la Salud, en la novena versión de su Clasificación Internacional de Enfermedades, la CIE-9 (OMS, 1975), utiliza el término “trastorno hiperkinético de la infancia” sustituido por “trastornos hiperkinéticos” en su décima versión, la CIE-10 (OMS, 1992), incluido dentro del apartado de trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia de dicha clasificación (Duñó, Bulbena, Vilarroya, & Bergé, 2015).

Por último, el término “déficit de atención con y sin hiperactividad” fue introducido a partir del DSM-III (APA, 1980), sufriendo ciertas modificaciones en las posteriores revisiones y versiones de dicho manual, tanto terminológicas como diagnósticas, hasta llegar al año 2013 en el que se publica la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5 (APA, 2013) y actualiza la definición del trastorno para describir con mayor precisión la experiencia de los adultos afectados ya que, hasta el momento, solo se hablaba de niños y adolescentes (Bianchi, 2016).

A través de la siguiente tabla (Tabla 3), veremos un resumen de la conceptualización del TDAH a lo largo del tiempo añadiendo algunos autores y detalles relevantes no vistos con anterioridad:

*Tabla 3.* Resumen de la evolución histórica del concepto de TDAH (tomado de Montañez, 2014, p. 16).

<b>AUTORES, AÑO</b>	<b>CONCEPTO</b>
Still (1902)	Defectos del Control Moral
Philippe y Boncour (1907)	Escolar Inestable
Tredgold (1908)	Deficientes Mentales, grupo de no idiotas
Hohman (1922)	Síndrome de Inestabilidad Psicomotriz
Ebaugh (1923)	
Streker y Ebaugh (1924)	Trastorno de Conducta Postencefálico
Khan y Cohen (1934)	Síndrome de Impulsividad Orgánica
Strauss y Lethinen (1947)	Síndrome de Lesión Cerebral
Clements y Peters (1962)	Disfunción Cerebral Mínima
DSM-II (1968)	Reacción Hiperkinética en la infancia y la adolescencia
Douglas (1972)	Déficit Atencional
OMS (1975): CIE-9	Síndrome Hiperkinético de la Infancia

APA (1980): DSM-III	Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad
APA (1987): DSM-III-R	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad
OMS (1992): CIE-10	Trastornos Hiperkinéticos
APA (1994): DSM-IV	
APA (2000): DSM-IV-TR	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.
APA (2014): DSM-5	

#### 4.1.2. Definición del TDAH

Como hemos podido observar en el apartado anterior, el concepto de TDAH cuenta con una larga trayectoria que empieza a configurarse a partir del siglo XVIII y su definición ha ido cogiendo forma a través diferentes estudios y puntos de vista de diversos autores interesados en este trastorno, lo que nos proporciona una amplia gama de definiciones con ciertos matices diferenciadores que iremos viendo a continuación:

Para Barkley (2002) se trata de un trastorno en el cerebro ejecutivo que crea una incapacidad en el niño de inhibir sus respuestas, además de provocar dificultades para organizar y controlar su atención, su conducta y sus emociones.

Castroviejo (2009) lo define como:

Un cuadro de comienzo temprano, de alta prevalencia en su expresión comportamental, con etiologías genética, medioambiental y biológica, que persiste a través de la adolescencia y de la edad adulta en una gran mayoría de personas (...). Estando asociado a un considerable número de trastornos comórbidos y a problemas en la coordinación motriz. (p.2).

Por su parte, Miranda-Casas, Berenguer-Forner, Baixauli-Fortera, Roselló-Miranda & Palomero-Piquer, (2016) considera que no se trata simplemente de un trastorno que presenta una conducta perturbadora, sino que, actualmente se reconoce como un trastorno complejo de las funciones ejecutivas del encéfalo.

La última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), define el TDAH como un trastorno del neurodesarrollo con evidencia de un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad, caracterizado por la presencia de una serie de síntomas (Saiz, 2018).

Barkley (2011) dice que este trastorno supone un déficit en el autocontrol o llamado de otra forma en las funciones ejecutivas esenciales para planificar, organizar y llevar a cabo conductas

humanas complejas durante largos períodos de tiempo. Es decir, en los niños con TDAH la parte “ejecutiva” del cerebro, que supuestamente organiza y controla la conducta ayudando al niño a planificar las acciones futuras y seguir con el plan establecido, funciona de manera poco eficaz (Ayala, Jiménez, Cala & Dalauh, 2015).

En definitiva, y según Alonso (2016), se trata de una patología psiquiátrica grave, que supone una alteración neuropsicológica, mayormente resultante de factores genéticos anteriores al nacimiento y, en un pequeño porcentaje, de daños cerebrales posnatales. Es un trastorno psiquiátrico de base neurológica, asociado con trastornos de la función ejecutiva. Estos trastornos producen alteraciones como son la impulsividad, la inatención, la perseverancia, la falta de autorregulación comportamental, la dependencia ambiental y la deficiencia metacognitiva.

#### **4.1.3. Características y diagnóstico**

A la hora de hablar de las características del TDAH es importante decir que son tres los síntomas principales que se manifiestan en este trastorno: déficit de atención, hiperactividad e impulsividad pudiendo aparecer estos combinados o solos. A continuación, explicaremos brevemente cada uno de los síntomas:

- *Déficit de atención*: se encuentra en el alumnado que tiene dificultades para mantener la atención y la concentración lo que hace que no sigan instrucciones, dejen las actividades a medias, tengan dificultad para organizarse y para retener datos y órdenes. Son aquellos niños y niñas que parece que no escuchan y se distraen continuamente (Estévez & León-Guerrero, 2015).
- *Hiperactividad*: probablemente el síntoma que se reconoce más fácilmente, lo presentan los niños y niñas que no pueden permanecer quietos, ni siquiera en los momentos y situaciones que no son adecuadas, presentan una falta de constancia y cambian de actividad sin haber finalizado la anterior. Hablan en exceso, hacen ruidos constantemente y relajarse es algo en lo que tienen gran dificultad (Sánchez, 2017).
- *Impulsividad*: quizás es el síntoma menos frecuente de los tres y se encuentra en el alumnado que es impaciente, no respeta turnos, interrumpe constantemente a los demás y fundamentalmente se podría describir como una dificultad para pensar las cosas antes de actuar (Barkley, 2014).

El diagnóstico del TDAH es un aspecto fundamental y se deberá hacer lo antes posible para evitar la aparición de trastornos asociados, elegir el tratamiento adecuado y asegurar una buena calidad de vida de la persona afectada. Este diagnóstico se lleva a cabo de forma clínica basándose principalmente en los criterios establecidos por el DSM, siempre atendiendo a la última versión de este Manual Diagnóstico y Estadístico de la Academia Americana de Psiquiatría. Dicho diagnóstico requiere la presencia de, al menos, seis de los nueve síntomas de cada dominio o una combinación de ambos (inatención – hiperactividad/impulsividad), (Rodillo, 2015) durante al menos 6 meses.

A continuación, veremos a través de la siguiente tabla (Tabla 4), los criterios del DSM-5 para el diagnóstico de este trastorno:

Tabla 4. Criterios DSM-5 para el diagnóstico del TDAH (Tomado de Rodillo, 2015, p. 54)

<b>CRITERIOS DSM 5 PARA TRASTORNO DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD</b>
<b>A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere en el funcionamiento o desarrollo, caracterizado en 1 y/o 2</b>
<b>1. INATENCIÓN:</b> Seis (o más) de los siguientes síntomas presentes por más de seis meses y en un grado mayor a lo esperado a su nivel de desarrollo y con impacto negativo directo en sus actividades académicas, ocupacionales y/o sociales Nota: Los síntomas no son sólo la manifestación de una conducta oposicionista desafiante, hostilidad o una falla para entender tareas o instrucciones. Para adolescentes y adultos (edad 17 años o más), se requieren al menos cinco.
<ul style="list-style-type: none"> <li>a) A menudo falla en atender a detalles, se equivoca en tonterías</li> <li>b) Dificultad para atender atención sostenida en tareas o juegos</li> <li>c) A menudo parece no escuchar cuando le hablan</li> <li>d) A menudo no sigue instrucciones, no termina los trabajos</li> <li>e) Tiene dificultad para organizar sus tareas, actividades</li> <li>f) Evita actividades que exigen atención mantenida (en adolescentes preparar informes, completar formularios, lecturas extensas)</li> <li>g) A menudo pierde los útiles</li> <li>h) Se distrae fácilmente con estímulos externos (en adolescentes incluye pensamientos no relacionados)</li> <li>i) Se le olvidan las cosas (en adolescentes devolver llamadas, pagar cuentas, respetar citas)</li> </ul>
<b>2. HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD:</b> Seis (o más) de los siguientes síntomas presentes por más de seis meses y en un grado mayor a lo esperado a su nivel de desarrollo y con impacto negativo directo en sus actividades académicas, ocupacionales y/o sociales Nota: Los síntomas no son sólo la manifestación de una conducta oposicionista desafiante, hostilidad o una falla para entender tareas o instrucciones. Para adolescentes y adultos (edad 17 años o más), se requieren al menos cinco.
<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Se mueve constantemente en su asiento</li> <li>b) Se para constantemente</li> <li>c) A menudo corre cuando no es apropiado (en adolescentes incluye sensación de inquietud)</li> <li>d) Tiene dificultad para jugar tranquilo</li> <li>e) Esta siempre en movimiento</li> <li>f) Habla en exceso</li> <li>g) Contesta antes de que se termine la pregunta</li> <li>h) Le cuesta esperar su turno</li> <li>i) Interrumpe a menudo</li> </ul>
<b>B. Varios síntomas de inatención o hiperactividad-impulsividad están presentes antes de los 12 años</b>

---

C. Varios síntomas de inatención o hiperactividad-impulsividad estaban presentes en dos o más ambientes (casa, colegio, con amigos o parientes, otras actividades)

---

D. Existe clara evidencia de que los síntomas interfieren con o reducen la calidad del funcionamiento social, académico u ocupacional

---

E. Los síntomas no ocurren exclusivamente en el curso de una esquizofrenia u otro trastorno psiquiátrico y no son explicables por otro trastorno mental (trastorno del ánimo, ansiedad, trastorno personalidad, intoxicación o privación de sustancias)

---

Tras esto, y en función de los resultados se podrán clasificar los siguientes subtipos de desarrollo del TDAH:

- **Presentación combinada:** Si se cumplen el criterio A1 (inatención) y el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad). Es el más frecuente con un 60% de los afectados.
- **Presentación predominante con falta de atención:** Si se cumple el criterio A1 pero no se cumple el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y al que denominaremos TDA. Representa un porcentaje del 15 al 25% de los pacientes.
- **Presentación predominante hiperactiva/impulsiva:** Si se cumple el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el criterio A1 (inatención). Este se presenta en un 10 o 15% de los casos siendo el menos frecuente.

Presentaremos estos porcentajes a través de la siguiente figura (Figura 1):

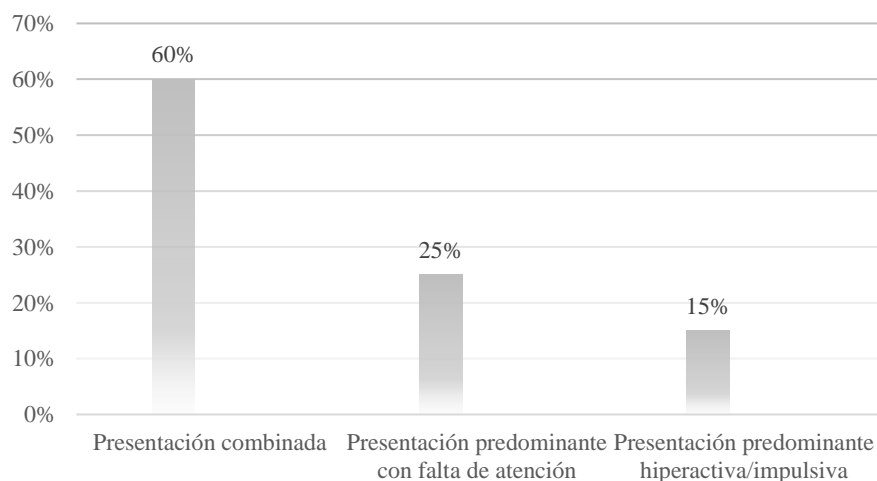


Figura 1: Porcentaje subtipos TDAH (Adaptado de Suárez, Alonso & López, 2016, p.5)

Además de analizar la frecuencia con la que cada subtipo aparece en el TDAH, son muchos los autores que han analizado en qué medida se presentan estos según el género. Biederman, López, Boellner & Chandler (2002) determinaron que: el *subtipo combinado* se presenta con más frecuencia en niños que en niñas (80% frente al 65%, respectivamente), el *subtipo inatento*, por el contrario, es más frecuente en niñas que en niños (30% frente al 16%, respectivamente) y,

por último, el subtipo *hiperactivo-impulsivo*, siendo el menos frecuente de los tres, se encontraba tanto en las niñas (5%) como en los niños (4%). A continuación, veremos estos datos representados a través de la siguiente figura (Figura 2):

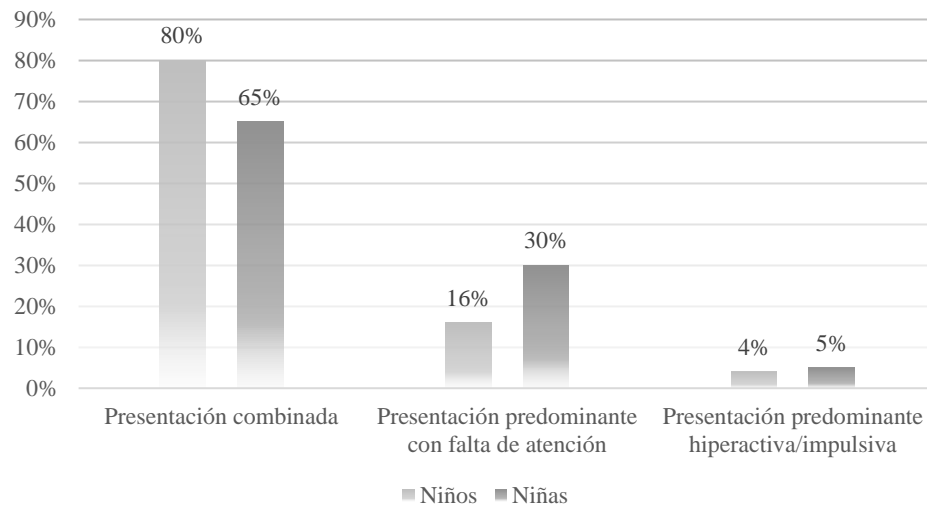


Figura 2: Frecuencia subtipos TDAH según género. Elaboración propia.

En relación con esto, Maravilla, Rivas, Solovieva & Torrado (2016) afirman que desde el DSM-V se precisa el establecimiento del nivel de gravedad en el que se presentaría el cuadro clínico según la frecuencia e intensidad de los síntomas. Dicho nivel puede ser *leve* (presencia mínima de síntomas con poca repercusión del funcionamiento social), *grave* (presencia de más síntomas de los necesarios para el diagnóstico con notable deterioro del funcionamiento social) o *moderado* (síntomas y deterioro medio entre los niveles leve y grave) (APA, 2014).

### Otro subtipo a tener en cuenta:

Numerosos estudios a lo largo de los últimos años han investigado sobre la posibilidad de que exista otro subtipo dentro del TDAH y que sean cuatro y no tres las posibles presentaciones del este trastorno. Se trata del Tempo Cognitivo Lento (TLC) y, aunque aún no se sabe si estamos ante un constructo empíricamente distinto con dimensiones propias y diferenciadas del TDAH (Hernández, Luna, Ruiz & Tirapu, 2015) se caracteriza por una aparente discapacidad atencional que está presente desde la niñez y cuyos síntomas pueden agruparse en síntomas de naturaleza cognitiva (p. ej., soñar despierto, confundirse con facilidad, mirada en blanco, estar perdido en el espacio y dificultad para procesar información con rapidez) y de naturaleza motora (p.ej.,

enlentecimiento, somnolencia e inactividad) (Barkley, 2015; Becker et al., 2016 c.p. Bauermeister, 2016).

Por todo esto e independientemente de considerarlo un subtipo más con identidad propia dentro del TDAH o una manifestación más diferenciada dentro de la presentación predominante con falta de atención, es importante que tengamos en cuenta sus características para trabajar con este alumnado de manera adecuada ya que, los síntomas presentados y las dificultades en el aprendizaje que manifestaran estos niños y niñas serán similares a las del TDAH.

#### **4.1.4. Etiología del TDAH**

Son muchos los estudios que se han hecho sobre el TDAH desde la primera descripción del síndrome hiperactivo por parte de George Still (Alonso, 2016), estudios que aparte de investigar sobre lo que implica padecer este trastorno buscan su origen y, aunque aún es desconocido, se han reconocido, como causas principales, una mezcla de factores tanto biológicos como psicosociales (Ochoa, Valencia & Hernández, 2017). No obstante, son las teorías que contemplan una causa genética y neurobiológica las que cuentan con un mayor apoyo.

Alonso (2016) afirma que:

El riesgo de que un niño con alguno de los padres con TDAH lo herede, es de entre un 16 y un 40%, que se multiplica por 2 si también hay familiares de 2º grado que lo padezcan: tíos, abuelos, primos... Sin embargo, los genes implicados en el TDAH no se conocen con certeza y los estudios apuntan a una causa multigenética (p. 109).

Por otra parte, Montañez (2014) nos dice que los factores neurobiológicos relacionados con el trastorno son las alteraciones funcionales, estructurales y químicas en el cerebro de los pacientes encontrándose el problema en una disfunción de la zona prefrontal.

Aunque como ya hemos dicho las teorías que sitúan las causas del trastorno en factores genéticos y neurobiológicos son las más respaldadas, hay otra serie de factores que han sido estudiados y deben tenerse en cuenta; Millichap (2008) defiende que el TDAH puede estar influenciado por factores biológicos adquiridos y que las causas pueden ser prenatales (uso de medicamentos, consumo de alcohol o drogas, estrés o ansiedad de la madre...), perinatales (nacimiento prematuro, anoxia, parto prolongado...) o postnatales (traumatismos craneoencefálicos, bajo peso al nacer, hipoxia...). Por último y, aunque estos influyen más en



la evolución del trastorno que en su origen, tenemos los factores psicosociales donde nos encontramos la inestabilidad familiar, los trastornos psiquiátricos en los progenitores, y las relaciones negativas entre padres e hijos como causas principales de este último (Thapar, Cooper, Jefferies & Stergiakouli, 2012).

#### 4.1.5. Comorbilidad del TDAH

Podemos considerar este trastorno como uno de los que presenta más comorbilidades y, cuánto más se tarde en diagnosticar y tratar correctamente al niño o niña con TDAH, más posibilidad habrá de que aparezcan otros trastornos comórbidos y más se complique su tratamiento (Soutullo & Díez, 2007).

Uno de los autores que habla sobre esto es Brown, quien en 2009 elaboró un listado de las comorbilidades observadas en el TDAH donde se incluían trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, negatividad y agresividad, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos del lenguaje y/o del aprendizaje en niños y adolescentes, trastorno por consumo de sustancias, trastorno del espectro autista, trastornos del sueño, síndrome de Tourette (tics) y trastornos del desarrollo de la coordinación, además, a esta lista podemos añadir trastornos orgánicos como la enuresis.

A continuación, veremos una aproximación del porcentaje en el que estos trastornos comórbidos se manifiestan a través de la siguiente figura (Figura 3):

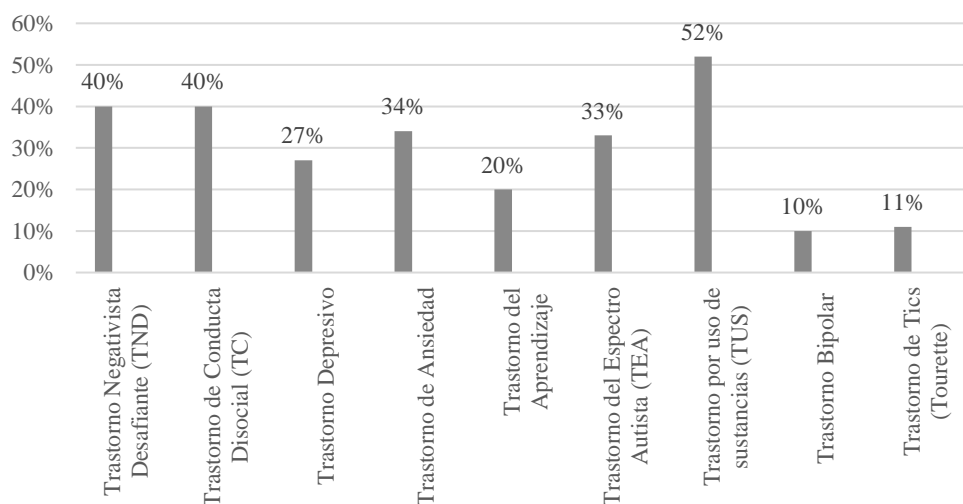


Figura 3: Porcentaje trastornos comorbilidad TDAH (tomado de [www.tdahytu.es](http://www.tdahytu.es) el 8 de mayo de 2018)

#### 4.1.6. Intervención psicopedagógica y tratamiento multimodal del TDAH

El TDAH es un trastorno que se prolonga a lo largo de la vida del paciente y que presenta una gran variedad de comorbilidades, por ello, es fundamental elegir el tratamiento acorde a las individualidades de cada niño/a, teniendo en cuenta el subtipo de TDAH el grado de afectación de este. Se considera al tratamiento multimodal el más adecuado para este tipo de trastorno e implica la realización de intervenciones desde distintas modalidades terapéuticas y distintos profesionales. Este tratamiento multimodal incluye la intervención farmacológica y la no farmacológica denominada intervención psicosocial (Hernández & Gutiérrez 2014). A continuación, haremos una breve descripción de modalidad sin olvidar que la eficacia del tratamiento reside en combinación de los beneficios que aporta cada una.

- Tratamiento farmacológico:

Considerados efectivos en un 70-80% de los casos (Banaschewski et al., 2006) están destinados a la mejoría de los síntomas nucleares, pudiéndose dividir en estimulantes y no estimulantes (Cabasés & Quintero, 2005). A pesar de que son muchos los que están en contra del uso de fármacos para el tratamiento de este trastorno, se considera que la intervención médico-farmacológica en combinación con otro tipo de intervenciones es, hasta ahora, la más eficaz (Ron, Blasco-Fontecilla, Huete & Sabaté, 2015).

- Tratamientos no farmacológicos (intervención psicosocial):

Dentro de esta intervención psicosocial nos encontramos diferentes tipos de tratamientos que iremos desarrollando a continuación.

- *Tratamiento psicológico o intervención psicoterapéutica*: este tratamiento está basado en el uso de estrategias conductuales, y las técnicas de modificación de comportamiento que se utilizan hace que sea considerado el tratamiento no farmacológico más eficaz (Rodríguez & Criado, 2014). Se basa en la enseñanza de estrategias de autocontrol y resolución de problemas y se lleva a cabo un entrenamiento en habilidades sociales que permitirá que el niño o niña con problemas de conducta responda de manera adecuada (Cabasés & Quintero, 2005). Cabe destacar que estas técnicas cognitivo-conductuales cabrían para la consecución de cualquiera de los tratamientos o intervenciones de las que hablaremos a continuación.

- *Intervención educativa:* al igual que el carácter multimodal para el tratamiento del TDAH, también se necesita trabajar coordinadamente con el resto de profesionales implicados en la vida del niño/a con TDAH, informando sobre las características del trastorno y llevando a cabo un entrenamiento de estrategias cognitivo-conductuales que le ayuden a manejar mejor a alumno o alumna en el aula (Cabasés & Quintero, 2005).
- *Intervención familiar:* orientada a llevar a cabo un entrenamiento familiar en pautas educativas debido a que es bastante común que el alumnado con TDAH presente problemas en la conducta y afecte a su relación familiar, de este modo, padre y madre aprenderían a hacer frente a esas conductas disruptivas (Fiel, 2015). Dicho entrenamiento tiene como objetivo el desarrollo de técnicas y habilidades en los padres que sirvan para lograr una modificación de la conducta de sus hijos, la mejora de la interacción padres-hijos para que esto repercuta directamente en una buena conducta social (Marciá, 2012).
- *Otras intervenciones:*

*Actividad física:* Son muchos los autores que defienden la importancia de utilizar la educación física como tratamiento para el TDAH siempre y cuando se realice en combinación con otro tipo de intervenciones (Sánchez, Sánchez & Suárez, 2017); Cindocha (2010) afirma que la actividad física permite trabajar la inhibición muscular, el control postural, la relajación y la autoestima, repercutiendo de manera favorable en el rendimiento académico, las relaciones sociales y el autoconocimiento de quienes padecen este trastorno.

*Actividades lúdicas:* dentro de este carácter multimodal para el tratamiento del TDAH, se han encontrado recursos que se pueden utilizar como refuerzo o complemento de las técnicas más utilizadas ante este trastorno, una de ellas es el ajedrez, este juego de mesa puede mejorar la atención y la concentración (Blasco-Fontecilla et al., 2016).
- *Tratamiento psicopedagógico:* cuyo objetivo principal es proporcionar al alumnado diferentes técnicas y estrategias de aprendizaje que compensen los déficits atencionales, motivacionales, organizativos y memorísticos que presentan los niños y niñas con TDAH. Como ya hemos dicho con anterioridad, es importante tener en cuenta que, cuando hablamos de una intervención psicopedagógica debemos prestar atención a cada una de las características propias de la familia, del entorno familiar, del colegio y de su profesorado. Y que cada una de las partes implicadas deben trabajar coordinadas y persiguiendo un mismo objetivo. Abad, Herrero, Moreno, Ruiz & Suay (2013)

defienden que la intervención se produce en paralelo, simultáneamente y de forma multidisciplinar.

A través de la siguiente figura (Figura 4) podremos observar cada uno de los tratamientos e intervenciones que se localizan dentro de ese carácter multimodal para el tratamiento del TDAH.

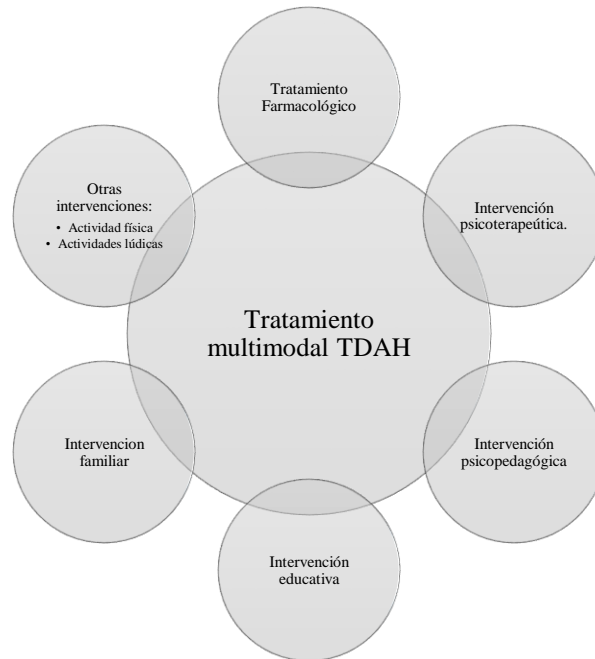


Figura 4: Tratamiento multimodal del TDAH. Elaboración propia.

## 4.2. MOTIVACIÓN

### 4.2.1. Breve recorrido histórico y evolución del concepto de motivación

Lo que conocemos como motivación es un aspecto sumamente complejo de la conducta humana y como tal, un constructo hipotético, inaccesible a la observación directa (Jang, Conradi, Mckenna & Jones, 2015). Se considera un concepto abstracto, multidimensional y explicativo del comportamiento humano (Castillo, Torres, García & Buñuel, 2015). El concepto de motivación ha ido evolucionando a lo largo de los años y dejando tras su estudio diferentes perspectivas y teorías. Para explicar esta evolución histórica de la interpretación de motivación podríamos centrarnos en tres fechas determinantes:

La primera iría desde la década de 1920 hasta mediados de 1960, donde la motivación estaba asociada a una investigación experimental sobre aspectos como la conducta motora, el instinto y el impulso intentando determinar qué es lo que conduce a un organismo a restaurar su estado

de equilibrio y homeostasis, con base en factores externos determinantes de la motivación, como los refuerzos (Naranjo, 2009). Esta idea estaba estrechamente relacionada con que, etimológicamente, la palabra motivación proviene del latín *motivus* (movimiento) acompañado del sufijo *-ción* que hace referencia a una acción y su efecto.

A partir de 1960 nacen las teorías cognitivas de la motivación que se centran en una experiencia consciente de la persona provocando así, el interés por la motivación de rendimiento y su importancia junto a los logros (Clavero, Salguero, Venegas & Ramírez (2004), lo que implica que esta motivación estará determinada por el valor que se le otorgue a la meta y las expectativas por lograrla.

Diez años más tarde, en la década de 1970 y hasta nuestros días, las teorías cognitivas están marcadas por otorgar gran importancia a algunos de sus elementos constitutivos como el autoconcepto, que actuaría como elemento central, el papel de la atribución causal, la percepción de competencia, la percepción de control, las creencias sobre capacidad y autoeficacia y la indefensión aprendida, entre otros (Naranjo, 2009).

A continuación, veremos de una manera sintetizada el breve recorrido histórico y evolución del concepto de motivación anteriormente desarrollado a través de la siguiente figura (Figura 5):

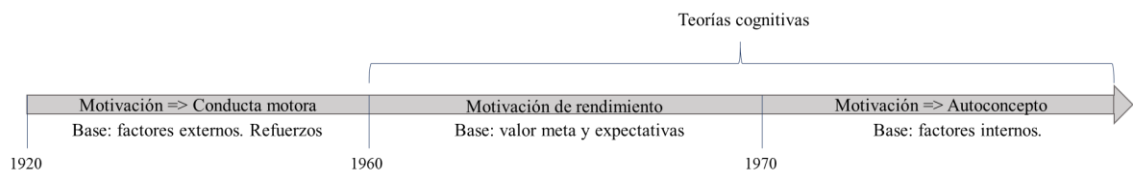


Figura 5: Tratamiento multimodal del TDAH. Elaboración propia.

#### 4.2.2. Concepto de motivación

A la hora de definir la motivación debemos tener en cuenta que, según Asrul, Ridlo & Susilo (2018) existen diversas perspectivas psicológicas que explican la motivación de diferente manera y que nos van a llevar a encontrar una amplia variedad de definiciones.

La primera es la *perspectiva conductual*, centrada en otorgar a las recompensas externas y los castigos gran importancia a la hora de determinar la motivación de las personas (Naranjo, 2009). Beltrán (1993) considera que la motivación hace referencia a todos los motivos, móviles o alicientes que mueven a actuar a una persona para conseguir un objetivo.

La *perspectiva humanista*, por su parte, destaca la capacidad de crecimiento personal en los estudiantes, la libertad para elegir su destino y las cualidades positivas, entendiendo esto como la necesidad de satisfacer las necesidades personales de cada persona, actuando dichas necesidades como elementos motivacionales (Marín, Ruiz & Henao, 2016). En este sentido, Palmero, Martínez & Abascal (2002) defienden que la motivación es un proceso que está relacionado con la consecución de objetivos que tienen que ver con el mantenimiento o la mejora de la vida de un organismo.

La tercera de estas perspectivas es la *perspectiva cognitiva*, cuyas teorías defienden que lo que la persona piensa sobre lo que puede ocurrir es importante para determinar lo que efectivamente sucede (Ajello, 2003), siendo así las creencias, las ideas y opiniones que tenga la persona sobre sí misma (autoconcepto) y sobre sus habilidades, determinantes para el tipo y duración de esfuerzo que realiza (Naranjo, 2009). Asrul, Ridlo & Susilo (2018) postula que según esta perspectiva los pensamientos son los encargados de guiar la motivación.

Por último, nos encontramos con la *perspectiva social*, que defiende que la necesidad de afiliación o relación de los estudiantes se refleja en su motivación por pasar tiempo con sus pares, sus amigos, el apego a sus padres y la relación positiva con sus maestros (Asrul, Ridlo & Susilo (2018).

Para Pérez (2003) la motivación es un proceso psicológico que impulsa la acción desde el interior y determina la realización de actitudes y tareas educativas, provocando que el alumno participe en ellas de forma activa y persistente, posibilitando el aprendizaje y la adquisición de conocimientos. Fernández (2007) considera que:

La motivación representa un condicionante fundamental del rendimiento académico, y así lo reconocen padres, profesores e investigadores sobre el tema. Junto a otras variables, como las aptitudes personales o a las estrategias de aprendizaje, la motivación académica se revela como uno de los mejores predictores del ajuste escolar logrado por el alumno: sus reacciones afectivas, las estrategias de aprendizaje utilizadas, el esfuerzo, la persistencia y los resultados obtenidos. (p.2).

Naranjo (2009) afirma que la motivación facilita el entendimiento de la conducta y el rendimiento escolar lo que permite determinar estrategias para reforzar la motivación del estudiante.

### **4.2.3. Tipos de motivación**

Desde que surge un interés por definir la importancia de la motivación en los procesos de enseñanza/aprendizaje se han ido analizando los tipos de motivación existentes; en esta línea sabemos que existen motivaciones altas y bajas en los estudiantes, relacionadas estas, con diferentes expectativas y recompensas externas. (Rodríguez, 2006). En relación con esto se ha definido dos tipos de motivación que explicaremos brevemente a continuación, estas son la motivación intrínseca y la motivación extrínseca.

*Motivación intrínseca:* es aquella que procede del propio sujeto, está bajo su control y tiene capacidad para autoreforzarse (García & Doménech, 1997). Se realiza por el propio deseo de la persona, su interés y curiosidad y tiene un fin en sí misma (Linnenbrink, Patall & Pekrun (2016). Son situaciones donde la persona realiza actividades por el simple gusto de hacerlas, independientemente de si con ellas obtiene reconocimiento o no (Ajello, 2003) y es por esto que, una persona motivada intrínsecamente, en el caso de fracasar, no verá esto como tal, sino como una manera más de aprender ya que la satisfacción se encuentra en el proceso y no en el resultado de la tarea (Maslow & Maslow, 2015). Además, tras recientes estudios se ha demostrado que es el único tipo de motivación que podemos asociar con un rendimiento académico constante (Taylor et al., 2014). La motivación intrínseca se fundamenta en factores internos, como la autodeterminación, la curiosidad, el desafío y el esfuerzo (Naranjo, 2009).

*Motivación extrínseca:* al contrario que la anterior, la motivación extrínseca es aquella que obedece a situaciones donde la persona se implica en actividades principalmente con fines instrumentales o por motivos externos como, por ejemplo, obtener una recompensa (Naranjo, 2009).

En este sentido, entenderemos la motivación como un continuo que va desde una regulación externa de la conducta (motivación extrínseca), pasando por una motivación internalizada, hasta llegar a regular e integrar la conducta (motivación intrínseca) (Pérez & Solis, 1998).

### **4.2.4. Motivación, Emoción y Cognición**

Ya han pasado muchos años desde que autores como Aristóteles o Hume consideraron que la razón y los sentimientos se alimentan mutuamente (Belmonte, 2013) adelantándose a la concepción de que, además de seres racionales, somos emotivos y, son los sentimientos y no la razón los que motivan el comportamiento (Camps, 2012).

Son muchos los autores que ven esta relación directa entre la emoción, la motivación y el aprendizaje; Lang (1995) ya definía la emoción como un estado de predisposición para la acción a partir de la activación de uno de los sistemas motivacionales convirtiendo a la emoción en un estado de preparación para el comportamiento (Gantiva & Camacho, 2016). Acedo, Borrachero, Brígido & Costillo (2014) consideran que la enseñanza es una práctica emocional en la que se intervienen procesos cognitivos y afectivos, y defienden el papel fundamental que tienen las emociones en el desarrollo del aprendizaje. Del mismo modo, los procesos de aprendizaje, la motivación de los estudiantes y la enseñanza eficaz no se entenderían sin las emociones experimentadas por estos (López, 2016).

Bacigalupe & Mancini (2011) defienden la relación entre motivación y una variedad de factores fisiológicos y neutrales, encargados de iniciar, sostener y dirigir el comportamiento; de este modo las emociones estarían involucradas en los procesos cognitivos de toma de decisiones y resolución de problemas.

La relación entre la motivación, la emoción y la cognición quedaría representada de la siguiente manera (Figura 6):

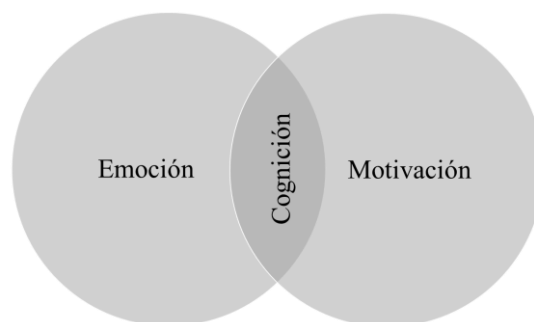


Figura 6. Relación motivación, emoción y cognición. Elaboración propia.

Ya en los estudios clásicos se describe la motivación académica de los estudiantes como un constructo compuesto por tres dimensiones relacionadas: cognitiva, afectiva y conductual (Núñez, 2009). En la misma línea, Pintrich & De Groot (1990) distinguieron cuatro categorías relevantes para la motivación en ambientes educativos: la primera es la relacionada con las *expectativas y las creencias* que cada estudiante tiene sobre su capacidad para ejecutar una tarea, la segunda es aquella que se asocia con el *valor*, relacionado este, con sus metas y percepciones personales sobre la importancia de una tarea y el interés que se tienen en esta, la tercera estaría relacionada con las *atribuciones causales* que el alumnado realice y, por último,



está el *componente afectivo* que incluye las consecuencias afectivo-emocionales derivadas de la realización de una tarea, así como de los resultados de éxito o fracaso académico (Naranjo, 2009). En líneas generales, lo que nos viene a decir esto es que, cuando una persona confía en sus capacidades y posee altas expectativas sobre los resultados que va a obtener, la motivación por el proceso de aprendizaje aumenta. A través de la figura (Figura 6) veremos los cuatro componentes de la motivación en ambientes educativos:

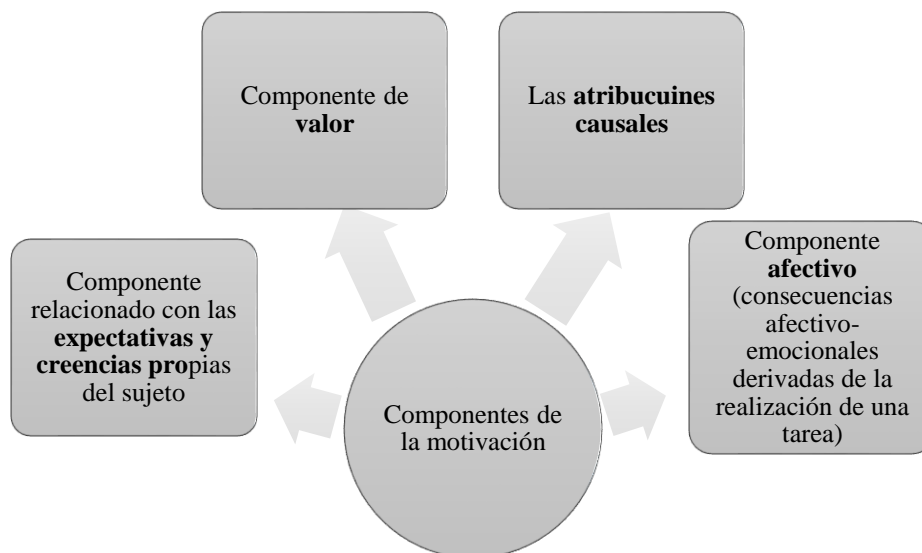


Figura 7: Componentes de la motivación en ambientes educativos. Elaboración propia.

A continuación, haremos una breve descripción de cada uno de estos componentes:

- *Componente relacionado con las expectativas y creencias propias del sujeto:* hace referencia a la percepción que el sujeto tiene de su capacidad y competencia (Álvarez, Núñez, Hernández, González & Soler, 1998) a esto lo denominamos autoconcepto y se define como “el resultado de un proceso de análisis, valoración e integración de la información derivada de la propia experiencia y del feedback de los otros significativos como compañeros, padres y profesor.” (García & Doménech, 1997, p. 5).
- *Componente de valor:* está relacionado con las metas de aprendizaje que persigue el alumnado y la elección de estas da lugar a diferentes modos de afrontar las tareas académicas y, por consiguiente, a distintos patrones emocionales (García & Doménech, 1997).

- *Las atribuciones causales:* son consideradas el determinante primario de la motivación y se entienden como la manera en que las personas explican las razones o causas de sus éxitos o fracasos (Andión, Lozano, Blanco & Enríquez (2017).
- *Componente afectivo:* está relacionado con la inteligencia emocional y es definida por Goleman (1995) como la capacidad que tiene el ser humano de controlar y regular los sentimientos de uno mismo, de los demás y emplear la emoción y el sentir como elemento de guía de los pensamientos y las acciones. La relación entre la inteligencia emocional y la motivación tiene que ver con que, cuando una persona es inteligente emocionalmente es capaz de intervenir para mejorar su propia motivación.

### 4.3. MOTIVACIÓN Y TDAH

Son muchos los estudios sobre el TDAH que han demostrado que el cerebro de las personas con este tipo de trastorno no produce la misma cantidad de dopamina que el de las personas que no lo tienen, según Spitzer (2005, c.p. Gaxiola, (2015), este neurotransmisor es un regulador clave a la hora de adaptar la acción, emoción, motivación y cognición.

Por otro lado, autores como Olivier & Steenkamp (2014), consideran determinante que el estilo motivacional de estos niños y niñas sea el basado en recompensas externas (motivación extrínseca) dependiendo estos mucho más de familiares y profesores para la realización de sus actividades académicas, eligiendo tareas más cortas y sencillas y presentado poco entusiasmo en aprender cosas nuevas. Miranda, Meliá, Presentación & Fernández (2009) identifican el estilo motivacional de los estudiantes como aversivo ya que se preocupan más de evitar el fracaso que de lograr, además, “temen cometer errores por falta de seguridad en sí mismos y, en consecuencia, suelen evitar tareas que supongan retos; tienden a frustrarse en excesivamente cuando comenten fallos y abandonan rápidamente ante el fracaso.” (p. 578).

Por otro lado, Rubio (2017) afirma que “algunos de los síntomas nucleares de este trastorno como la inatención, afectan significativa y negativamente al rendimiento académico.” (p.51). toda esta repercusión negativa y constante acaba afectando a la autoestima del alumnado con TDAH lo que hace que poco a poco la motivación en el ámbito académico vaya disminuyendo; en relación a esto, Pintrich y De Groot (1990) agregan que las investigaciones revelan que la persona se motiva más por el proceso de aprendizaje cuando confía en sus capacidades y posee altas expectativas de auto-eficacia, además de valorar las actividades educativas y

responsabilizarse de los objetivos de aprendizaje, por lo que, como hemos mencionado con anterioridad, si se tiene una autoestima baja, los niños y niñas con TDAH no confiarán en sus capacidades lo que repercutirá significativamente en la motivación que tengan para afrontar los estudios.

Niederhofer, (2008) nos dice que otro de los aspectos de la motivación que afecta negativamente a los estudiantes con TDAH es el estilo atribucional ya que, cuando algo les sale bien, suelen conceder el mérito a factores externos, quitando importancia a lo que han conseguido.

Otros estudios atribuyen esta falta de motivación a la dificultad que tienen para esperar recompensas o estímulos que les motiven y para trabajar durante un espacio de tiempo prolongado en comparación con otros niños/as (Scheres, Milham, Knutson & Castellanos, 2007).

## **5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN**

### **5.1. METODOLOGÍA**

Para la elaboración de esta propuesta de intervención que pasaremos a explicar a continuación, se partió de una revisión bibliográfica sistemática, selectiva y crítica sobre todos los conceptos de importancia relacionados con la temática elegida, haciendo así un breve estudio de las características y necesidades de los niños y niñas con TDAH y la influencia de la motivación en este contexto. Con el fin de recopilar la información más relevante a cerca de este problema, para la localización y búsqueda de los documentos bibliográficos se utilizaron fuentes físicas y digitales de libros, artículos y tesis doctorales teniendo como referente palabras clave como: TDAH, motivación, emoción, cognición. La búsqueda se realizó en diferentes plataformas digitales como Teseo, “Google Académico”, Rebiun, y Psicothema. La selección de los documentos se centró en aquellos que aportaran información relevante a la sustentación teórica y contribuyeran a la construcción del artículo teniendo en cuenta que la fecha de su publicación fuese a partir del 2014 hasta la actualidad, aunque se aclara que se seleccionaron algunos documentos con fecha de publicación anteriores a la mencionada que contenían información importante referenciada en el documento.

Por otro lado, esta propuesta será llevada a cabo por el psicopedagogo o psicopedagoga del centro y se trabajará alrededor de diferentes conceptos relacionados con la motivación que hemos ido viendo en la fundamentación teórica de este trabajo, llevándose a cabo a través de diversas actividades y dinámicas que incluirán, no solo al alumnado con TDAH, sino al resto de su entorno (familia, profesorado y compañeros).

Esta metodología pretende ser flexible adaptándose a las individualidades de cada alumno y a las características y necesidades de cada parte implicada en este proceso, pudiendo así modificar cada actividad que se lleve a cabo según las particularidades de cada uno. Además, usaremos un sistema de recompensas que serán otorgadas al final de cada sesión intentando así, que el niño/a muestre una predisposición favorable desde el principio.

Respecto a la evaluación esta se hará mediante la observación directa y anotaremos en una hoja de control todas aquellas cosas destacables de cada sesión. (Anexo I).

Por último, cabe destacar que el carácter lúdico pretende ser el denominador común de cada una de las actividades con el fin de favorecer los resultados.

## **5.2. DESTINATARIOS**

La siguiente propuesta está destinada principalmente al alumnado de tercer ciclo de Educación Primaria que comprende los cursos de 5º y 6º (10-11 años) con TDAH que presentan problemas de desmotivación considerable tanto en el ámbito académico como personal. Así mismo, esta propuesta incluirá estrategias tanto para los alumnos, como para el profesorado y las familias trabajando así conjunta y coordinadamente. La mayoría de las sesiones se llevarán a cabo de manera individualizada, aunque muchas de estas incluirán trabajo con al resto de los compañeros y compañeras del aula creando así un clima de compañerismo, trabajo en equipo y complicidad.

## **5.3. TEMPORALIZACIÓN**

La duración de la siguiente propuesta será de nueve semanas, se llevarán a cabo una o dos sesiones por semana de aproximadamente 50 minutos cada una, siendo mayor o menor el tiempo según las necesidades de cada actividad.

## **5.4. ACTIVIDADES**

A continuación, presentaremos las actividades que se llevarán a cabo con el alumnado, la familia y el conjunto de profesores/as implicados.

### **Sesión 1:**

Si queremos que esta propuesta funcione debemos tener en cuenta que se tiene que trabajar coordinadamente y en la misma dirección que el resto de profesionales y partes implicadas en el desarrollo del niño/a con TDAH. Para ello, como psicopedagogos/as del centro nos reuniremos con cada uno de los profesores/as que imparten alguna asignatura al alumnado con el que queremos trabajar. En esta reunión, y en las posteriores que se irán haciendo mientras dure la intervención, buscaremos estrategias y daremos pautas sobre lo que debemos hacer para mantener el interés del alumnado en cada clase, algunas de estas pautas son, por ejemplo, introducir recursos visuales en la explicaciones, fomentar el debate y la participación de los niños y niñas, sacar temas de actualidad, intentar asociar las actividades con los intereses del estudiante, variar la organización y la estructura de las clases para no caer en la monotonía, dar protagonismo al alumnado, utilizar recursos novedoso o tecnológicos y ofrecer recompensas entre otras.

### **Sesión 2:**

Esta sesión será la primera que tendremos con las familias y tendrá un carácter informativo de doble vía donde, donde, a través de una entrevista con los padres del alumnado implicado intentaremos recabar la máxima información posible sobre el niño o la niña en su entorno familiar y, además, se explicará a los padres qué vamos a trabajar, por qué, en qué consistirá cada una de las actividades y qué objetivos se perseguirán a lo largo de estos meses. Dicha entrevista se utilizará para pedir la implicación de las familias, ofrecer nuestra disponibilidad como psicopedagogos/as e intentar así trabajar en la misma dirección para optimizar los resultados.

### **Sesión 3:**

El hecho de que trabajemos con niños y niñas no implica que no se pueda hablar con ellos de cada uno de los aspectos que afectan a sus vidas. Uno de los objetivos de esta intervención es crear un clima de confianza para que el alumnado se sienta cómodo participando en la propuesta, entienda por qué se va a llevar a cabo con él y comprenda la necesidad de su participación, con ellos pretenderemos conocer al niño o niña para así llevar a cabo un trabajo

más individualizado. Del mismo modo, utilizaremos esta sesión para pasar un cuestionario de valoración de la motivación del alumno/a de 8 a 12 años elaborado por la doctora Carmen Ávila de Encío y saber así en qué punto estamos (Anexo II).

#### **Sesión 4:**

Esta sesión está relacionada con la anterior y la necesidad de conocer al niño/a y crear un clima de confianza; para ello le pediremos que en un papel anote todo lo que quiere y espera de su vida en los próximos años, una vez haya acabado se le pide que haga lo mismo, pero para un periodo de tiempo más corto como, por ejemplo, qué quiere y espera de este curso. Posteriormente iremos hablando sobre cada uno de los aspectos anotados haciendo que se explique y así sea consciente de cada una de las cosas que ha ido anotando analizando si son objetivos reales o no. Esta lista será sacada en cada una de las sesiones posteriores donde podremos ir viendo si vamos por buen camino en la consecución de sus objetivos o, por el contrario, añadir o cambiar algunas de las cosas anotadas en ella.

#### **Sesión 5:**

El niño o niña deberá anotar en papeles diferentes actividades que le gustaría realizar a lo largo de los días, deberán ser actividades simples, que se puedan llevar a cabo cualquier día, sin que impliquen una gran planificación previa, por ejemplo, salir a dar un paseo, andar en bici, hacer un dibujo, visitar a un amigo, cocinar algo... lo que se le ocurra. A continuación, meteremos todos los papeles en una bolsa y en cada sesión que tengamos deberá sacar uno al azar y llevar a cabo esa actividad. Iremos anotando en un registro qué actividades llegó a realizar y cuáles no. Con este juego lo que pretendemos, además de que esté motivado/a para realizar algo que le guste es que aprenda a cumplir los objetivos que se marca y experimente la satisfacción que se siente.

#### **Sesión 6:**

Esta actividad será llevada a cabo con los compañeros y compañeras del alumnado con TDAH y dirigida por el tutor/a del grupo. Esta consiste en una búsqueda del tesoro por todo el colegio donde, trabajando en equipo, deberán seguir las pistas que vayan encontrando y resolviendo cada uno de los acertijos o pruebas que se les vayan planteando para conseguir averiguar dónde está escondido el tesoro y qué es lo que contiene.

La búsqueda del tesoro estará previamente planificada por el tutor/a del aula y el psicopedagogo/a del centro quienes buscarán una temática acorde a los gustos e intereses del

grupo, elegirán actividades que impliquen el desarrollo del trabajo cooperativo y escogerán una recompensa interesante que puedan compartir. El hecho de que la búsqueda se desarrolle por todo el colegio es para generar un clima de confianza y autonomía en el alumnado y crear así un mayor grado de motivación y predisposición para participar en la actividad, el tutor o tutora solo actuará de observador intentando intervenir lo mínimo posible.

Con la realización de esta actividad estamos influyendo tanto en la motivación intrínseca del alumnado (generando satisfacción simplemente por realizar la búsqueda) como en la extrínseca (debido a la recompensa que se les ofrece).

### **Sesión 7:**

Para que el niño/a con TDAH esté motivado no debemos perder de vista la importancia de enseñarle diferentes técnicas y estrategias de aprendizaje que le ayuden a responder con mayor facilidad a cada una de las cosas que le van a exigir durante su vida académica. Por ello, en esta y en sesiones posteriores, iremos presentando al alumno/a diversas estrategias de aprendizaje y técnicas de estudio como, por ejemplo, hacer un buen subrayado, un mapa conceptual, cómo acordarnos de un listado, o cómo organizarnos a la hora de hacer los deberes.

### **Sesión 8:**

Aprovechando que con esta sesión se cumpliría el primer mes de intervención con el niño/a implicado, utilizaremos esta sesión para recabar información sobre la opinión que tiene a cerca de lo que estamos haciendo con él, si se siente a gusto, si entiende el porqué de lo que estamos haciendo, que fue lo que más le gustó, lo que meno, que nos sugiera algunas cosas que le gustaría hacer... con toda esta información y gracias al carácter flexible que le hemos dado desde el principio a esta propuesta, podríamos ir modificando las sesiones intentando adaptarlas lo máximo posible a los gustos y necesidades del alumnado.

### **Sesión 9:**

Esta sesión perseguirá el objetivo de hacer que el niño vea todas las cosas buenas que tiene en su vida y así trabajar la autoestima, entendiéndose esta como la percepción psicológica, positiva o negativa que tiene una persona sobre sí misma. Debido a esto, es fácil ver la relación existente entre esta y la motivación ya que si tenemos la autoestima baja más difícil nos resultará encontrar razones para motivarnos.

Se le pedirá al niño o niña que anote en un papel, en forma de lista, todas las cosas por las que está agradecido, deberá escribir la frase entera, “me siento agradecido por...” cada vez que

anote algo; al mismo tiempo el psicopedagogo/a deberá elaborar su propia lista y cuando ambos hayan acabado deberá leérsela al otro, la persona que escucha podrá ir añadiendo a la lista cosas por las que está agradecido y no se le habían ocurrido. El niño o niña será consciente de todas las cosas buenas que tiene en su vida y se dará cuenta de que hasta las más insignificantes son importantes.

#### **Sesión 10:**

Reunión de seguimiento de la intervención con el profesorado implicado donde se compartirán hechos significativos que hayan sucedido hasta el momento, se hablará sobre la presencia o no de cambios en el afectado/a tanto positivos como negativos y se compartirán y buscarán nuevas estrategias y técnicas.

#### **Sesión 11:**

Llevaremos a cabo una dinámica de grupo en el aula donde trabajaremos la autoestima. Todos los niños y niñas, deberá coger un papel y un lápiz y escribir su nombre. Posteriormente deberán desplazarse por el aula y entregar su papel a un compañero/a el que quieran, este deberá escribir dos cosas positivas o que le gusten del niño o niña cuyo nombre aparezca en el folio y a continuación intercambiar el papel de nuevo. Esta dinámica acabará cuando todos los folios han pasado por todos y leeremos en voz alta lo que nos han puesto, intentando adivinar quien piensa eso de nosotros.

#### **Sesión 12:**

Entrevista de seguimiento con los padres. Estas sesiones con las familias tienen un carácter informativo y serán aprovechadas para explicar lo que hemos estado haciendo con su hijo/a, como está respondiendo, resolver dudas, y pedir la colaboración desde casa.

#### **Sesión 13:**

Estrategias de aprendizaje. Esta sesión será destinada a trabajar aspectos tales como la atención, la concentración o la memorización. Por ejemplo, buscando las diferencias, haciendo una sopa de letras... para esto enseñaremos al niño o la niña con TDAH estrategias de búsqueda para hacer estas actividades con mayor rapidez y evitando los fallos (Anexo III).

#### **Sesión 14:**

Realizaremos una dinámica de grupo en donde trabajaremos las habilidades sociales. Se le entregará a cada alumno/a un folio que estará lleno de preguntas o de pautas que se deberán de



seguir. Los niños y niñas, desplazándose por el aula, deberán conseguir responder todas las preguntas pasando por cada uno de sus compañeros/as.

### **Sesión 15:**

Esta sesión será muy similar a una realizada al principio de la intervención con el afectado, solo que esta vez se hará grupalmente. Los niños y niñas deberán reunirse y marcarse un objetivo que deberán conseguir antes de un periodo de tiempo determinado. Tiene que ser algo que les guste y les apetezca y que requiera reunirse de vez en cuando para organizarse, por ejemplo, en dos días deben preparar una coreografía, o antes de que acabe el día deberán haber conseguido que 10 profesores les firmen un autógrafo. Tienen que ser cosas que realicen todos juntos, que les parezcan divertidas y les saquen de la monotonía de todos los días en el aula. Además, si logran los objetivos que se marcaron se les recompensará.

### **Sesión 16:**

Reunión de evaluación con el profesorado implicado dónde cada uno deberá aportar información sobre todo lo que ha ido observando en el alumno/a tratado, si se aprecia una mejora en la motivación, si no ha cambiado nada y cómo se podría mejorar la intervención.

### **Sesión 17:**

Para la última sesión nos reuniremos con el alumno/a con TDAH y sus padres con el fin de informar sobre los avances que se han ido haciendo o, por el contrario, hablar de aquellos aspectos en los que no se ha mejorado. La información que se transmitirá será la obtenida tras reunirse con el resto de profesionales implicados en la sesión anterior y dar algunas pautas o recomendaciones para seguir trabajando desde casa.

En la siguiente tabla mostraremos las actividades divididas por semanas, si se llevarán a cabo de manera individual o grupal y el tiempo estimado de duración:

PRIMER MES	
Semana 1	
<b>Sesión 1:</b> Reunión profesorado Organización: Grupal. Profesorado.	<b>Sesión 2:</b> Entrevista con los padres Organización: Individual. Familia.

Temporalización: 1h 30 min Tipo de intervención: Educativa	Temporalización: 50 min Tipo de intervención: familiar
Semana 2	
<b>Sesión 3:</b> Entrevista con el alumnado implicado. Cuestionario de valoración de la motivación del alumno/a de 8 a 12 años (Carmen Ávila de Encío). Organización: Individual Temporalización: 50 min Tipo de intervención: psicopedagógica	<b>Sesión 4:</b> ¿Qué quiero? Organización: Individual Temporalización: 40 min Tipo de intervención: psicopedagógica
Semana 3	
<b>Sesión 5:</b> Actividades al azar. Organización: Individual Temporalización: 40min Tipo de intervención: actividades lúdicas	<b>Sesión 6:</b> Búsqueda del tesoro Organización: Grupal. Tutor/a. Temporalización: 2h Tipo de intervención: actividades lúdicas
Semana 4	
<b>Sesión 7:</b> Técnicas de estudio Organización: Individual Temporalización: 50 min Tipo de intervención: psicopedagógica	<b>Sesión 8:</b> Reunión con el implicado Organización: Individual Temporalización: 50 min Tipo de intervención: psicopedagógica
SEGUNDO MES	
Sema 5	
<b>Sesión 9:</b> Me siento agradecido por Organización: Individual Temporalización: 45 min Tipo de intervención: psicopedagógica	<b>Sesión 10:</b> Reunión seguimiento profesorado Organización: Grupal. Profesorado. Temporalización: 1h 30min Tipo de intervención: educativa
Semana 6	
<b>Sesión 11:</b> Autoestima. Organización: Grupa. Temporalización: 50 min Tipo de intervención: psicoterapéutica	<b>Sesión 12:</b> Entrevista con los padres Organización: Familiar Temporalización: 1h Tipo de intervención: familiar
Semana 7	
<b>Sesión 13:</b> Estrategias de aprendizaje	<b>Sesión 14:</b> Habilidades sociales

Organización: Individual Temporalización: 1h Tipo de intervención: psicopedagógica	Organización: Grupal Temporalización: 50 min Tipo de intervención: psicoterapéutica
<b>Semana 8</b>	
<b>Sesión 15:</b> Nos marcamos objetivos Organización: Grupal Temporalización: 50 min Tipo de intervención: actividades lúdicas	<b>Sesión 16:</b> Reunión evaluación del profesorado. Organización: Profesorado. Tipo de intervención: educativa
<b>Semana 9</b>	
<b>Sesión 17:</b> Reunión finalización de la intervención. Organización: Niño/a y familiares. Temporalización: 1h 30 min Tipo de intervención: familiar	

## 6. CONCLUSIONES/DISCUSIÓN E IMPLICACIONES

Tras recabar toda la información utilizada para la elaboración de este TFM no queda duda alguna de que existe una relación directa entre una baja motivación y el TDAH y que, además, se retroalimentan entre ellos generando la aparición de problemas en el aprendizaje.

Por ello, se considere indispensable un diagnóstico acertado y temprano que nos permita seleccionar y planificar el mejor tratamiento acorde a las particularidades de cada paciente siempre atendiendo a una perspectiva multimodal que nos asegure intervenir sobre todos y cada uno de los aspectos de la vida del niño/a con TDAH.

Como psicopedagogos podemos intervenir en muchos de estos aspectos, hacerlo de una manera adecuada será determinante para la mejora de la calidad de vida de los pacientes ayudándoles a superar mediante estrategias, todos los obstáculos que se les vayan presentando. Además, trabajar la motivación no solo repercutirá favorablemente sobre su vida académica, sino que también influirá sobre su vida social.

Con esta propuesta se pretende intervenir en cada una de las partes implicadas en el desarrollo del niño/a con el objetivo de dotar, sobre todo, de estrategias y recursos a las familias y al

profesorado para que puedan responder lo mejor posible a las necesidades del afectado con TDAH.

Como psicopedagogos debemos orientar y acompañar en este proceso, por eso la propuesta elaborada es de carácter flexible, para que el camino este abierto a todas las posibilidades y no obligar a nadie a seguir un camino que no le corresponde.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad-Mas, L., Ruiz-Andrés, R., Moreno-Madrid, F., Herrero, R., & Suay, E. (2013). Intervención psicopedagógica en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol*, 57(Supl 1), 193-203.
- Acedo, M. A. D., Cortés, A. B. B., Mero, M. B., & Borrego, E. C. (2016). Las emociones y sus causas en el aprendizaje de la física y la química. *International Journal of Developmental and Educational Psychology (Revista INFAD de Psicología)*, 4(1), 287-294.
- Ajello, A. M. (2003). La motivación para aprender. En C. Pontecorvo (Coord.), *Manual de psicología de la educación* (pp. 251-271). España: Popular
- Alda, J. A., Soutullo, C., Ramos-Quiroga, J. A., Quintero, J., Hervás, A., Hernández-Otero, I., ... & Hidalgo-Vicario, M. (2014). Recomendación de expertos: aportaciones a la práctica clínica del nuevo profármaco lisdexanfetamina dimesilato (LDX) en el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Actas Esp Psiquiatr*, 42(supl. 1), 1-16.
- Alonso Riera, M. Á. (2016). *Mejora de la comprensión lectora del alumnado con Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH) en la escolaridad obligatoria española* (Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid).
- Álvarez Pérez, L., Núñez Pérez, J. C., Hernández García, J., González García, J. A., & Soler Vázquez, E. (1998). Componentes de la motivación: evaluación e intervención académica. *Aula Abierta*, 71.

- Andión, I. R., Lozano, A. B., Blanco, J. C. B., & Enríquez, E. B. (2017). Metas académicas, atribuciones causales y género: su determinación en el rendimiento académico del alumnado de bachillerato. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, (01), 143-147.
- Asrul, A., Ridlo, S., & Susilo, S. (2018). Creative Thinking Analysis, Motivation and Concept Mastery on Learning of Cooperative. Discovery Model in Elementary School. *Journal of Primary Education*, 7(1), 48-56.
- Ayala, E. S., Jiménez, A. J. G., Cala, V. C., & Dalauh, R. (2015). *Los nuevos desafíos de la educación y la salud transcultural* (Vol. 43). Universidad Almería.
- Bacigalupe, M., & Mancini, V. A. (2012). Motivación y aprendizaje: contribuciones de las neurociencias a la fundamentación de las intervenciones educativas. *Didac*, (59), 44-49.
- Banaschewski, T., Coghill, D., Santosh, P., Zuddas, A., Asherson, P., Buitelaar, J., ... & Sergeant, J. (2006). Long-acting medications for the hyperkinetic disorders. *European child & adolescent psychiatry*, 15(8), 476-495.
- Barkley, R. A. (2002). Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*.
- Barkley, R. A. (2014). *Hiperactivo, Impulsivo, Distruido ¿Me Conoces?: Guía Acerca del Déficit Atencional (TDAH) Para Padres, Maestros y Profesionales= Hyperactive, Impulsiv*. Guilford Publications.
- Bauermeister, J. J. (2017). Tempo cognitivo lento: un constructo controvertido en evolución. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 8(2), 163-174.
- Belmonte Lillo, V. M. (2013). *Inteligencia emocional y creatividad: factores predictores del rendimiento académico* (Doctoral dissertation, Universidad de Murcia).
- Beltrán Llera, J. (1993). *Procesos, estrategias y técnicas de aprendizaje*. Editorial Síntesis, SA Madrid.
- Berenguer Forner, C., Roselló Miranda, B., Miranda Casas, A., Baixauli Fortea, I., & Palomero Piquer, B. (2016). Funciones ejecutivas y motivación de niños con trastorno de espectro autista (TEA) y trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1).

- Bianchi, E. (2016). Psychiatric diagnoses of children, biomedicalization and DSM: towards a new (ab) normality?. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(1), 417-430.
- Biederman, J., Lopez, F. A., Boellner, S. W., & Chandler, M. C. (2002). A randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group study of SLI381 (Adderall XR) in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 110(2), 258-266.
- Blasco-Fontecilla, H., Gonzalez-Perez, M., Garcia-Lopez, R., Poza-Cano, B., Perez-Moreno, M. R., de Leon-Martinez, V., & Otero-Perez, J. (2016). Eficacia del ajedrez en el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad: un estudio prospectivo abierto. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(1), 13-21.
- Brown, T. E. (2010). *Comorbidades del TDAH: manual de las complicaciones del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adultos*. Barcelona: Elsevier.
- Cabasés, J., & Quintero, F. (2005). Tratamiento multimodal del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Revista Española de Pediatría*, 6(6), 503-514.
- Camps, V. (2012). *El gobierno de las emociones*. Herder Editorial.
- Cardo, E., Ros-Cervera, G., Eirís-Puñal, J., Escofet-Soteras, C., Fernández-Jaén, A., & Mulas, F. (2017). Estado actual del enfoque del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en neuropsiquiatría. *Rev Neurol*, 64(Supl 1), S105-9.
- Cardo, E., Servera, M., Vidal, C., De Azua, B., Redondo, M., y Riutort, L. (2011). Influencia de los diferentes criterios diagnósticos y la cultura en la prevalencia del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 52(Supl 1), 109-17.
- Casanova, M. A. (2011). *La educación inclusiva: un modelo de futuro*. Barcelona: Wolters Kluwer.
- Castellanos, F. X. (2010). Prólogo. En T. E. Brown, *Comorbilidades del TDAH. Manual de las complicaciones del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adultos*. (pág. XI). Barcelona: Elsevier Masson.
- Castillo, E. C., Torres, B. J. A., García, C. C., & Buñuel, P. S. L. (2015). Inteligencia emocional y motivación en educación física en secundaria. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (27), 8-13.

- Castroviejo, I. P. (2009). *Síndrome de déficit de atención-hiperactividad*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Chousa Cortés, C., Martínez-Figueira, E., & Raposo-Rivas, M. (2017). Las TIC para la intervención educativa en TDAH: un estudio bibliométrico. *Perspectiva Educativa*, 56(3), 142-161.
- Cidoncha Delgado, A. I. (2010). Niños con Déficit de Atención por Hiperactividad TDAH: Una Realidad Social en el Aula. *Revista Autodidacta*, 1(4), 31-36.
- Clavero, F. H., Salguero, M. I. R., Venegas, J. M. R., & Ramírez, I. H. (2004). Tratamiento de las creencias motivacionales en contextos educativos pluriculturales. *Revista Iberoamericana de educación*, 34(1), 1-21.
- Elorrieta, C. G. (2018). *TDAH: nuevas estrategias de diagnóstico e intervención*. Punto Rojo Libros.
- Estévez-Estévez, B. & León-Guerrero, M. J. (2015). Inclusión educativa del alumnado con TDA/H. Estrategias didácticas generales y organizativas de aula. *Revista nacional e internacional de educación inclusiva*, 8 (3), 89-106.
- Evans, P. (2014). *Motivation and Emotion (PLE: Emotion)*. Psychology Press.
- Fernández, A. G. (2007). Modelos de motivación académica: una visión panorámica. *REME*, 10(25), 1.
- Fiel, M. I. N. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual de un niño con TDAH no especificado. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 2(2), 163-168.
- Fontana, M., & Ávila, Z. (2015). Eficacia de un programa conjunto de desarrollo de la inteligencia emocional para padres e hijos con TDAH. *Perspectiva Educativa, Formación de Profesores*, 54(2).
- Gantiva, C., & Camacho, K. (2016). Características de la respuesta emocional generada por las palabras: un estudio experimental desde la emoción y la motivación. *Psychologia*, 10(2), 55-62.
- García, M. G., & Azuaga, R. L. (2012). Explorando, desde una perspectiva inclusiva, el uso de las TIC para atender a la diversidad. *Profesorado. Revista de Currículum y Formación de Profesorado*, 16(1), 277-293.

- Gaxiola, K. G. G. (2015). Alteración de la emoción y motivación en el tdah: una disfunción dopaminérgica. *Revista Grafías*, (28), 39-50.
- Gil-Flores, J., & Iglesias, A. M. (2017). Conocimientos sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en futuros profesionales del ámbito escolar. *Bordón. Revista de pedagogía*, 69(3), 145-159.
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. New York: Kairós.
- González, G. & Oliver, R. (2002). La informática en el déficit de atención con hiperactividad. *Comunicación y Pedagogía*, 182, 56-67.
- González, M. I. N., & Villamisar, D. A. G. (2010). El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica. *Revista de Historia de la Psicología*, 31(4), 23-36.
- Guerrero, R. (2016). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Barcelona: Planeta.
- Hernández, P. R., & Gutiérrez, I. C. (2014). Plan de tratamiento multimodal del TDAH. Tratamiento psicoeducativo. *PediatríaIntegral*, 624.
- Jensen, P. S., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Greenhill, L. L., Conners, C. K., Arnold, L. E., ... & March, J. S. (2001). Findings from the NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): implications and applications for primary care providers. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 22(1), 60-73.
- Jang, B.G., Conradi, K, Mckenna, M.C., & Jones, J. S. (2015). Motivation: Approaching an elusive concept through the factors that shape it. *The Reading Teacher*, 69(2), 239-247.
- Karhu, A., Närhi, V., & Savolainen, H. (2018). Inclusion of pupils with ADHD symptoms in mainstream classes with PBS. *International Journal of Inclusive Education*, 22(5), 475-489.
- Lang, P. J. (1995). The Emotion Probe: Studies of Motivation and Attention. *American Psychologist*. 50, 372-385.
- Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, publicada en el BOE nº 106 el 4 de mayo de 2006 (17158-17207).



- Linnenbrink-García, L., Patall, E. A., & Pekrun, R. (2016). Adaptive motivation and emotion in education: Research and principles for instructional design. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, 3(2), 228-236.
- López, M. M. (2016). Las emociones en el aprendizaje de una lengua extranjera: su impacto en la motivación. *Revista Internacional de Lenguas Extranjeras/International Journal of Foreign Languages*, (5), 27-46.
- López-Soler, C., Castro Sáez, M., Alcántara López, M., Fernández Fernández, V., & López Pina, J. A. (2009). Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema*, 21(3).
- Maciá, D. (2012). *TDAH en la infancia y la adolescencia. Concepto, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Martínez-Frutos, M. T., Herrera-Gutiérrez, E., & López-Ortuño, J. (2014). Conocimientos y lagunas de los docentes sobre el TDAH: la importancia de la formación. *J. Navarro, MD Gracia, R. Lineroso y FJ Soto (Coords.), Claves para una educación diversa. Murcia: Consejería de Educación, Cultura y Universidades*.
- Medina Satizábal, M. L., & Mora Ruiz, L. F. (2017). La motivación y las emociones, su relación con el aprendizaje en la primera infancia.
- Millichap, J. G. (2008). Etiologic classification of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 121(2), e358-e365.
- Miranda-Casas, A., Berenguer-Forner, C., Baixauli-Fortera, I., Roselló-Miranda, B., & Palomero-Piquer, B. (2016). Funciones ejecutivas y motivación de niños con trastorno de espectro autista (TEA) y trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. Revista INFAD de Psicología, 1(1). 103-112
- Montañez Gómez, M. I. (2015). Programa de intervención en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y familia.
- Morsink, S., Sonuga-Barke, E., Mies, G., Glorie, N., Lemiere, J., Van der Oord, S., & Danckaerts, M. (2017). What motivates individuals with ADHD? A qualitative analysis from the adolescent's point of view. *European child & adolescent psychiatry*, 26(8), 923-932.

- Núñez, J. C. (2009). Motivación, aprendizaje y rendimiento académico. In *Trabajo presentado en el X Congreso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia*. Braga, Portugal.
- Ochoa-Madrigal, M. G., Valencia-Granados, F. J., & Hernández-Martínez, H. E. (2017). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 45(3), 93-99.
- Olivier, M. A. J., & Steenkamp, D. S. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder: Underlying deficits in achievement motivation. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 26(1), 47-63.
- Palmero, F., Martínez-Sánchez, F., & Fernández-Abascal, E. (2002). El proceso motivacional. *Psicología de la motivación y la emoción*. Madrid: McGraw Hill/Interamericana de España, SAU, 35-55.
- Pérez M. (2003). *Orientación Educativa y Dificultades de Aprendizaje*. España: Thomson.
- Pérez, M. A., Molina, D., & Gómez, M. (2016). La Intervención Neuropsicológica en el Tratamiento Interdisciplinar para el TDAH. *Neuropsicología*, 1(2), 2.
- Pérez, M. E. L., & Rodicio, C. I. F. (2017). Intervención psicopedagógica para un alumno de Educación Secundaria con TDAH. In *III Congreso Internacional Virtual innovación pedagógica y praxis educativa*. INNOVAGOGÍA 2016 (pp. 103-113). AFOE. Asociación para la Formación, el Ocio y el Empleo.
- Pérez, J. C. N., & Solís, S. G. P. (1998). Intervención sobre los déficits afectivos y motivacionales en alumnos con dificultades de aprendizaje. In *Dificultades de aprendizaje* (pp. 279-308). Editorial Síntesis.
- Pintrich, P. R., & De Groot, E. V. (1990). Motivational and self-regulated learning components of classroom academic performance. *Journal of educational psychology*, 82(1), 33.
- Raposo-Rivas, M., & Rodríguez, A. B. S. (2017). Estudio sobre la intervención con Software educativo en un caso de TDAH. *Revista de Educación Inclusiva*, 8(2).
- Ríos-Gallardo, Á. M., Hernández, A. G., Nieto, D. C. T., Losada, M. A. B., Bonilla-Santos, J., & Cuéllar, L. V. (2017). Efectividad de una intervención cognitiva en funciones ejecutivas para mejorar flexibilidad mental en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *RFS*, 8(1), 16-22.

- Rodríguez, C., González-Castro, P., Álvarez, L., Vicente, L., Núñez, J. C., González-Pienda, J. A., ... & Cerezo, R. (2015). Nuevas técnicas de evaluación en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). *European journal of education and psychology*, 4(1).
- Rodillo, B. E. (2015). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 52-59.
- Rodríguez, J. O. (2006). La motivación, motor del aprendizaje. *Revista Ciencias de la Salud*, 4.
- Ron, A. G., Blasco-Fontecilla, H., Hernani, B. H., & Chueca, J. S. (2015). Tratamiento farmacológico estimulante del TDAH. *Revista Española de*, 71(2), 75-81.
- Rubio, C. A. (2017). ¿Magia y TDAH?. *Padres y Maestros/Journal of Parents and Teachers*, (370), 50-54.
- Saiz Fernández, L. C. (2018). Psicoestimulantes para el TDAH: análisis integral para una medicina basada en la prudencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 37(133).
- Sánchez, G. F. L., Sánchez, L. L., & Suárez, A. D. (2015). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y actividad física. *EmásF: revista digital de educación física*, (32), 53-65.
- Scheres, A., Milham, M. P., Knutson, B., & Castellanos, F. X. (2007). Ventral striatal hyporesponsiveness during reward anticipation in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, 61(5), 720-724.
- Solovieva, Y., Duarte, O. E. T., Rojas, L. M., & Zamudio, X. R. (2017). Análisis neuropsicológico diferencial en dos casos diagnosticados con TDAH. *Informes Psicológicos*, 17(1), 121-141.
- Soutullo, C., & Diez, A. (2007). *Manual de Diagnóstico y Tratamiento del TDAH*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Taylor, G., Jungert, T., Mageau, G. A., Schattke, K., Dedic, H., Rosenfield, S., & Koestner, R. (2014). A self-determination theory approach to predicting school achievement over time: The unique role of intrinsic motivation. *Contemporary Educational Psychology*, 39(4), 342-358.

- Thapar, A., Cooper, M., Jefferies, R., & Stergiakouli, E. (2012). What causes attention deficit hyperactivity disorder?. *Archives of disease in childhood*, 97(3), 260-265.
- Tirado, J. L. A., Martín, F. D. F., & Lucena, F. J. H. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: intervención psicopedagógica. *Psicothema*, 16(3), 408-414.
- Tirapu-Ustárrroz, J., Ruiz-García, B. M., Luna-Lario, P., & Hernáez-Goñi, P. (2015). Tempo Cognitivo Lento: una revisión actualizada. *revista de Neurología*, 61(7), 323-331.
- Ulloa, E. H., & Hernández, L. A. (2015). Experiencia formativa en escolares con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Medimay*, 21(1), 57-64.
- Vázquez, M. R. (2016). *Acceso al léxico y atención selectiva en sujetos con TDAH, dislexia y combinado* (Doctoral dissertation, Universidade da Coruña).
- Wilson, B. A., Emslie, H. C., Quirk, K., & Evans, J. J. (2001). Reducing everyday memory and planning problems by means of a paging system: a randomised control crossover study. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 70(4), 477-482.

# ANEXOS

## Anexo I. Hoja de registro para la evaluación de las sesiones

Nombre del alumno/a:		
N.º sesión:	Fecha de la sesión:	
Objetivo:		
Observaciones:		

## CUESTIONARIO PARA VALORAR LA MOTIVACIÓN DEL ALUMNO/A DE 8 A 12 AÑOS

*Carmen Ávila de Encío (Doctora en C.C. de la Educación)*

En la siguiente página se presenta un cuestionario para valorar la motivación escolar en niños y niñas de ocho a doce años. El niño/a debe señalar la respuesta verdadera con V y la falsa con F, según él piense que se comporta.

Valoración e interpretación:

Se concede un punto a cada respuesta que coincida con la valoración siguiente:

1V   2F   3F   4V   5F   6F   7V   8F   9V   10V

De cero a tres puntos: el niño/a no está motivado para trabajar escolarmente. Es importante averiguar la causa de esta falta de motivación, dar las orientaciones pertinentes a los padres y provocar una situación de éxito escolar.

De cuatro a seis puntos: nos encontramos ante niños/as que no pueden calificarse de apáticos en el colegio, pero que tampoco alcanzan un buen nivel de motivación para emprender todas las tareas escolares en relación con todas las asignaturas. En estos casos, es importante alentar al alumno para que sea capaz de conseguir su éxito escolar no sólo para aquellas asignaturas que le gustan o con aquellos profesores que mejor le caen, sino también en las restantes.

De siete a diez puntos: el alumno que puntúa alto se presenta como un niño motivado: es capaz de esforzarse tanto en aquello que es de su interés y agrado, como en aquello que carece de interés para él.

## CUESTIONARIO

PREGUNTAS	RESPUESTAS (V, F)
1.- Pongo mucho interés en lo que hacemos en clase.	
2.- Estoy “en las nubes” durante las clases.	
3.- Durante las clases, deseo con frecuencia que terminen.	
4.- Pongo gran atención a lo que dice el profesor.	
5.- Habitualmente tomo parte en las discusiones o actividades que se realizan en clase.	
6.- Me distraigo en clase haciendo garabatos, hablando con mis compañeros/as o pasándome notas.	
7.- En ocasiones, soy yo el que expongo a mis compañeros/as el trabajo realizado en clase.	
8.- En clase, suelo quedarme adormilado.	
9.- En algunas asignaturas que me gustan especialmente, realizo trabajos extra por mi propia iniciativa.	
10.- En clase me siento a gusto y bien.	





## Memoria visual

Alumno: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

1 Colorea las personas del dibujo que cumplan las siguientes condiciones:

- No son niños ni tampoco muy mayores.
- Aunque están contentos, no saltan de alegría.
- Llevan bufanda de su equipo, pero no la agitan.
- Pueden tener móvil, aunque no lo usan.
- Miran hacia todos los lados excepto a su izquierda.
- No comen ni beben, pero pueden llevar gafas aunque no gorras.

