

---

**Universidad de Valladolid**

**Facultad de Medicina**

**Grado en Logopedia**

**Intervención Multimodal en el Trastorno por Déficit  
de Atención e Hiperactividad.**

Trabajo de Fin de Grado de:

Julia Campo García

Tutora: Tomasa Luengo Rodríguez

Valladolid, 3 de julio del 2020.



# AGRADECIMIENTOS

En este final de Grado tan atípico, me gustaría agradecer a D<sup>a</sup> Tomasa Luengo Rodríguez, tutora de este Trabajo de Fin de Grado, por acompañarme y apoyarme en todo este proceso.

Agradezco a mi familia su apoyo en los momentos de flaqueza, y en especial a mis hermanos, por haber compartido este proceso de escribir nuestros Trabajos de Fin de Grado juntos y confinados en casa.

Finalmente, no me puedo olvidar de todos los niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, con los que he compartido tiempo y esfuerzo durante los últimos años como voluntaria en el ámbito de la educación no formal.

## RESUMEN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), es un trastorno del neurodesarrollo con base genética y elevada heredabilidad. Están implicados varios factores neuropsicológicos, que provocan en el niño alteraciones en la impulsividad, atención y sobreactividad motora, que no pueden explicarse por ningún otro déficit neurológico motor o sensorial, retraso mental o trastorno emocional grave.

El concepto de TDAH ha evolucionado a medida que se ha ido estudiando, y actualmente podemos distinguir dos tipos de TDAH: Inatento e hiperactivo-impulsivo. La clínica de un niño con TDAH es variada, las características principales de este trastorno son inatención, hiperactividad, e impulsividad, aunque también se pueden asociar otros problemas o patologías médicas neurológicas o psiquiátricas. El TDAH repercute en todas las áreas de funcionamiento del niño: social, familiar, académica, ocupacional. Este trastorno es frecuente en todas las etapas de la vida.

Las dificultades del lenguaje son uno de los problemas más frecuentes asociados al TDAH. Los menores presentan problemas en el procesamiento morfosintáctico sobretodo en el ámbito expresivo y comprensivo, producen una sintaxis más simple que los niños normotípicos. A la hora de la pragmática, presentan dificultad para respetar los turnos de palabra o contar historias de forma ordenada. Todos estos aspectos del lenguaje y la comunicación se deben trabajar desde el ámbito de la Logopedia.

**Palabras clave:** Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno específico del lenguaje, intervención multimodal.

## ABSTRACT

Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) is an entity that affects neurological development and has a genetical basis and high heritability. Many neuropsychological factors are involved, which induce alterations in impulsivity, attention and motor hyperactivity which cannot be explained by any other motor or sensory deficit, mental retardation or a serious emotional disorder.

The concept of ADHD has evolved as further studying has been made, and we can nowadays state two types of ADHD: inattentive and hyperactive-impulsive. The symptoms of children with ADHD vary, the main characteristics are inattention, hyperactivity and impulsivity, although other problems or neurological or psychiatric conditions may associate. ADHD has an impact in every functional area: social, familiar, academic, occupational. This condition is frequent in every stage of life.

Language difficulties are a very frequent problem associated with ADHD. These children present problems with morphosyntactic processing, mainly in expressive and comprehensive spheres, they produce a simpler syntax than normotypical children. Concerning pragmatic difficulties, they have a hard time respecting speaking turns or telling stories in an ordered manner. All these aspects of language and communication must be adressed from the field of speech therapy.

Finally, this paper suggests an intervention program for children and an entertainment program for their parents, based on Barkley's program (1997).

**Key words:** Attention Deficit and Hyperactivity Disorder, Specific language impairment, multimodal treatment.

# ÍNDICE

<b>1</b>	<b>JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DEL TRABAJO. ....</b>	<b>7</b>
1.1	JUSTIFICACIÓN DEL TEMA ELEGIDO. ....	7
1.2	OBJETIVOS. ....	7
<b>2</b>	<b>ESTADO ACTUAL DE LOS ASPECTOS CIENTÍFICO TEÓRICOS.....</b>	<b>8</b>
2.1	EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH).....	8
2.2	SÍNTOMAS DE LA PATOLOGÍA EN RELACIÓN AL LENGUAJE, EMOCIONES Y SOCIABILIDAD.....	10
2.3	EPIDEMIOLOGIA DEL TDH.....	13
2.4	COMORBILIDAD.....	14
2.5	LA INTERVENCIÓN EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH).....	17
<b>3</b>	<b>LA INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA DESDE EL MARCO MULTIMODAL .....</b>	<b>23</b>
3.1	MARCO AXIOLÓGICO DE LA COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN EN PROBLEMAS DE TDAH. ....	23
3.2	ENTRENAMIENTO DE PADRES EN EL MANEJO DE CONDUCTAS PROBLEMA. EL PROGRAMA DE RUSSELL BARKLEY (1997). ....	30
<b>4</b>	<b>APUNTES PARA UN PROGRAMA DE ATENCIÓN MODULAR DESDE LA LOGOPEDIA.....</b>	<b>34</b>
4.1	PRINCIPIOS DE INTERVENCIÓN.....	34
4.2	ÁREAS DE INTERVENCIÓN DEL LOGOPEDA.....	35
<b>5</b>	<b>CONCLUSIONES Y ALCANCE DEL TRABAJO .....</b>	<b>45</b>
<b>6</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>48</b>

## 1 JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DEL TRABAJO.

### 1.1 *Justificación del tema elegido.*

Antes de comenzar a desarrollar este trabajo, me gustaría explicar cuáles han sido los motivos que me han llevado hasta aquí. En un primer momento tenía la idea de realizar una investigación de naturaleza empírica, pero al poco de comenzar a dar los primeros pasos, empezaron las restricciones y con ello la imposibilidad de seguir con la investigación.

Tras una semana de bloqueo y gracias a una tutoría telemática, la primera idea cristalizó en el trabajo que se presenta. Un estudio de fuentes secundarias, que permitiera actualizar conocimientos sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), las dificultades con las que se encuentran estos niños y sus familias, tanto en el contexto educativo como el social o el familiar; y a la luz de ello perfilar posibles acciones que faciliten la intervención de logopedas, madres y padres ante alguna de las conductas disruptivas que presentes los menores con TDAH.

### 1.2 *Objetivos.*

*Los **interrogantes** que han orientado el trabajo han sido los siguientes:*

- ¿Cómo podemos ayudar a los menores con TDAH y sus familias desde la Logopedia?
- ¿Cómo se diagnostica e interviene los casos de TDAH en Castilla y León?
- ¿Cuáles son las dificultades de padres y madres en la intervención de las conductas disruptivas?

*Para dar respuesta a esos interrogantes nos propusimos el siguiente itinerario de trabajo:*

- Conocer las actualizaciones sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
- Analizar los programas de entrenamiento para padres y madres utilizados en la actualidad.
- Diseñar posibles acciones de intervención desde la Logopedia.

## 2 ESTADO ACTUAL DE LOS ASPECTOS CIENTÍFICO TEÓRICOS

### 2.1 *El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)*

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se encuentra clasificado dentro de los trastornos del neurodesarrollo, con base genética y elevada heredabilidad, en el que se hallan implicados varios factores neuropsicológicos, que provocan en el niño alteraciones en la atención, impulsividad y sobreactividad motora (Barkley,1990 y Faraone,2002, citado en Vázquez-Justo y A. Blanco 2017).

Los síntomas surgen en la primera infancia, son crónicos y no pueden explicarse por ningún otro déficit neurológico motor o sensorial, retraso mental o trastorno emocional grave.

Este trastorno ha sido muy investigado estos últimos años, por lo que su definición se ha visto modificada en las diferentes versiones del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Academia Americana de Psiquiatría.

El TDAH fue descrito por primera vez hace más de un siglo, denominándose “disfunción cerebral mínima”. Hacia 1950 en el DSM-II paso a llamarse “síndrome hiperkinético” o “reacción hiperkinética” de la niñez o adolescencia. El DSM-III incluyó criterios diagnósticos operativos y resaltó los déficits de atención, la impulsividad y la hiperactividad, y también sumó una categoría para los casos sin hiperactividad.

Años más tarde, en el DSM-IV los criterios se revisaron y los síntomas se clasificaron en dos grandes grupos:

- 1) La dificultad para centrar y mantener la atención.
- 2) La hiperactividad y la impulsividad.

Para que una persona fuese diagnosticada con Trastorno por Déficit de Atención era necesario la presencia de 12 de entre 18 síntomas (seis de dominio de la atención y seis del dominio de la hiperactividad- impulsividad) durante un mínimo de 6 meses, se debía iniciar antes de los siete años. Se podían utilizar los subtipos, inatento, hiperactivo-impulsivo para demostrar de que predominio era cada niño.

Al publicar el DSM-5 se actualizaron algunos criterios, el primero fue aumentar la edad de inicio de los síntomas, paso de antes de los siete a antes de los 12 años de edad. En el caso de los adultos mayores de 17 años, se redujo a cinco síntomas de inatención y cinco síntomas de hiperactividad – impulsividad. Este cambio es el resultado de las últimas investigaciones que nos enseñan que los pacientes adultos tienden a tener menos síntomas de TDAH en la etapa adulta.



En la última publicación del DSM-5 podemos encontrar la siguiente definición, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es un trastorno de neurodesarrollo definido por niveles problemáticos de inatención, desorganización y/o hiperactividad-impulsividad. La inatención y la desorganización implican la incapacidad de seguir tareas, parece que no escuchan. La hiperactividad o impulsividad implica actividad excesiva, movimientos nerviosos, incapacidad de permanecer sentado, intromisión en las actividades de otras personas e incapacidad para esperar, signos que se presumen excesivos para la edad o el nivel de desarrollo. En la infancia, el TDAH frecuentemente se solapa con trastornos que a menudo se consideran “trastornos exteriorizados”, como el trastorno negativista desafiante y el trastorno de conducta. El TDAH a menudo persiste hasta la edad adulta, con consecuentes deterioros del funcionamiento social, académico y ocupacional. Los criterios del DSM-5 para el déficit de atención e hiperactividad son los siguientes (ver en el cuadro 1):

**Cuadro 1. Criterios del DSM-5 para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad**

- A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere en el funcionamiento o desarrollo, caracterizado en 1 y/o 2:**
1. Inatención: seis (o más) de los siguientes síntomas presentes por un tiempo mayor de seis meses y en un grado que no es acorde a su nivel de desarrollo y con impacto negativo directo en sus actividades académicas, ocupacionales y/o sociales
    - a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (por ejemplo, se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión)
    - b. Con frecuencia tiene dificultades en mantener la atención sostenida en actividades recreativas o juegos (por ejemplo, tienen dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura programada)
    - c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente. (por ejemplo, parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
    - d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no terminar las tareas escolares o los deberes laborales (por ejemplo, inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad)
    - e. Con frecuencia tienen dificultades para organizar tareas y actividades (por ejemplo, dificultad para poner los materiales y las pertenencias en orden, descuido y desorganización en el trabajo, mala gestión del tiempo, no cumple los plazos)
    - f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo, tareas escolares o quehaceres domésticos, en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
    - g. Con frecuencia pierde el material necesario para tareas o actividades (por ejemplo, libros, material escolar, llaves, papeles del trabajo...)
    - h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados)
    - i. Con frecuencia olvida tareas cotidianas (por ejemplo, hacer las tareas, en adolescentes mayores y adultos, devolver llamadas, pagar facturas, acudir a citas).

*Fuente: Manual Diagnostico de Trastornos Mentales (DSM-5) Pág (45-46)*

**Cuadro 1. Criterios del DSM-5 para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (Cont.)**

<p>2. Hiperactividad e impulsividad: 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Con frecuencia juega con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento</li> <li>b. Con frecuencia se levanta en situaciones en las que se espera que se mantenga sentado. (por ejemplo, se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar)</li> <li>c. A menudo corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado.</li> <li>d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente de actividades recreativas</li> <li>e. Con frecuencia esta “ocupado”, actuando como si “lo impulsara un motor”</li> <li>f. Con frecuencia habla en exceso.</li> <li>g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido la pregunta (por ejemplo, terminar las frases de otros, no respeta el turno de las conversaciones)</li> <li>h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (por ejemplo, mientras espera en una cola)</li> <li>i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (por ejemplo, se mete en las conversaciones, juegos o actividades, puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir el permiso, en adolescentes y adultos , puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros)</li> </ul>
<p><b>B. Algunos de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.</b></p>
<p><b>C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos</b> (por ejemplo, en casa, en la escuela o en el trabajo, con los amigos o parientes, en otras actividades)</p>
<p><b>D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.</b></p>
<p><b>E.</b> Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (trastorno de estado de ánimo, trastorno de ansiedad o trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias)</p>

*Fuente: Manual Diagnostico de Trastornos Mentales (DSM-5) Pág (45-46)*

## 2.2 Síntomas de la patología en relación al lenguaje, emociones y sociabilidad.

La clínica de un niño con TDAH es variada. Las características principales de un niño con este trastorno son inatención, hiperactividad, e impulsividad, pero pueden asociarse a otras dificultades, y otros trastornos psiquiátricos, neurológicos y médicos.

La clínica depende de las características sociodemográficas, como son el sexo o la edad. En el caso de las niñas presentan menos síntomas de hiperactividad e impulsividad. A medida que aumenta la edad, disminuyen todos los síntomas, aunque la inatención es la característica del TDAH que más perdura en el tiempo. La presencia de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos y el contexto donde se encuentra el niño, hace que varíe la sintomatología de cada caso. El TDAH repercute en todas las áreas de funcionamiento del niño: social, familiar, académico, ocupacional.

### 2.2.1 *Inatención, hiperactividad e impulsividad*

La *inatención* se caracteriza por:

- a) No prestar atención a los detalles.
- b) Cometer errores por descuidos.
- c) Presentan dificultad para mantener la atención. Se cansan y se aburren con facilidad
- d) Son muy propensos a dejar actividades a medias.
- e) Presentan dificultad para organizarse y planificarse.
- f) Intentan evitar tareas que requieren esfuerzo mental.
- g) Se suelen distraer con facilidad por factores.
- h) Suelen olvidarse de encargos, deberes o actividades.
- i) Parece que no escuchan cuando se le habla directamente.

Estos síntomas con frecuencia conllevan fracaso académico o al rendimiento por debajo de la capacidad del niño.

La *hiperactividad* consiste en:

- a) Moverse continuamente en su asiento.
- b) Levantarse en aquellas situaciones donde debería permanecer quieto.
- c) Correr o subirse a alturas de forma excesiva e inapropiada, a pesar de que a sus padres le indiquen que no lo haga.
- d) Hacer un ruido excesivo mientras realiza actividades.
- e) Hablar excesivamente, en ocasiones sin que se le entienda.

Con frecuencia estos síntomas interrumpen a los que se encuentran a su alrededor. El nivel de actividad física varía según el contexto y la edad del niño. En una situación organizada y estructurada los niveles de hiperactividad disminuyen, también con la edad los síntomas de hiperactividad evolucionan a movimientos finos de manoseo, movimiento de una pierna mientras están sentados o una sensación subjetiva de inquietud interna.

La *impulsividad* consiste en:

- a) Responder sin pensar.
- b) Tener dificultades para esperar turno.
- c) Interrumpen las conversaciones o juegos de otros.

Un niño con TDAH puede presentar estas características principales, pero a menudo presenta otras dificultades asociadas: Dificultades para las relaciones sociales, tiene un rendimiento académico por debajo de su capacidad; dificultades en el aprendizaje: de la lectura,

la escritura y el cálculo matemático; dificultad para la expresión verbal; dificultad en la motricidad fina y gruesa, escasa tolerancia a la frustración, escasa noción y manejo del tiempo, tendencia a la baja autoestima. (Figueroa. A, citado en Ortuño, 2010).

### 2.2.2 *Dificultades en el desarrollo del lenguaje*

También nos encontramos que los niños con diagnóstico por trastorno por déficit de atención/ hiperactividad (TDAH) pueden presentar dificultades en el desarrollo del lenguaje. En edad preescolar presentan déficits en la expresión verbal y/o en el procesamiento de la información y la comprensión verbal. Al crecer, en la etapa escolar pueden presentar problemas en la lectura, escritura y / o matemáticas. En el TDAH es habitual encontrarse una alta comorbilidad con trastornos de lectura-escritura. (Medici. D et al, 2017)

Las dificultades del lenguaje son uno de los problemas que con mayor frecuencia aparecen asociados al TDAH. Las características que definen los trastornos del lenguaje en el TDAH no son constantes y los subtipos son muy variados. Abarcan desde influencias en el habla hasta déficit semánticos (Peets y Tannock, 2011, citado en Paredes-Cartes P,2015). Se ha visto que al analizar las habilidades lingüísticas a nivel de contenido, forma y uso del lenguaje con pruebas estandarizadas se observan diferencias psicolingüísticas de estos niños respecto a los menores con desarrollo normal. (García y Manghi, 2006; Miranda, Ygual y Rosel, 2004; Vaquerizo, Estévez y Pozo, 2005, citado en Paredes-Cartes P,2015).

Si analizamos el lenguaje a nivel morfológico y sintáctico, Ygual (2003), citado en Paredes-Cartes P,2015, ha demostrado que el procesamiento morfosintáctico de los menores con TDAH presenta dificultades en el ámbito expresivo y comprensivo. De la misma manera, Elias, Crespo y Góngora (2012), citado en Paredes-Cartes P,2015, concluyen que los menores con TDAH producen una sintaxis significativamente menos compleja que los niños, con desarrollo normal. Los niños con TDAH cuentan historias más desorganizadas, menos coherentes y de menor complejidad gramatical (Flake, Lorch y Milich, 2007, citado en Paredes-Cartes P, 2015). Además, presentan peor desempeño para estructurar frases y oraciones (Vaquerizo et al., 2005), y un mayor número de errores morfosintácticos (Miranda, Soriano, Baixuali y Ygual, 2009, citado en Paredes-Cartes P,2015). Pero estos resultados discrepan de los obtenidos por Miranda et al., (2004) citado en Paredes-Cartes P.,2015, al revelar que los menores con TDAH presentan un adecuado manejo morfosintáctico.

Respecto a la pragmática, las investigaciones realizadas indican que la mayoría de los niños con TDAH presentan problemas en este ámbito. Según Ygual (2003), citado en Paredes-

Cartes P, 2015, la mayoría de los niños con TDAH presentan dificultades pragmáticas, mostrando una producción verbal excesiva durante las conversaciones espontáneas, falta de adecuación discursiva y algunos problemas para respetar los turnos conversacionales. *García et al; (2006), Miranda et al., (2004) Vaquerizo et al (2005)*, citado en Paredes-Cartes (2015), afirman que también presentan falta de atención sostenida, produciendo dificultades para desarrollar un tema durante la exposición, entender la intención comunicativa de su interlocutor, regular su comportamiento emocional durante la conversación, (Ygual, Miranda y Cervera, 2000, citado en Paredes-Cartes, 2015.), y comprender los significados figurados (Crespo, Manghi y García, 2007 citado en Paredes-Cartes 2015).

Los niños con TDAH mostraron peores habilidades de lenguaje semántico que los niños sin TDAH. La evaluación del lenguaje semántico en niños pequeños podría permitir una identificación más temprana de niños con alto riesgo de desarrollar TDAH y problemas de aprendizaje para que se pueda implementar una intervención temprana dirigida. Además, las intervenciones lingüísticas tempranas pueden resultar efectivas para promover el éxito académico en algunos niños con TDAH (Ward 1999, citado en Gremillion, 2012).

Los resultados del estudio realizado por Gremillion (2012) indican que el lenguaje semántico y la memoria de trabajo verbal pueden explicar la asociación entre los síntomas del TDAH y el bajo rendimiento en lectura, y también explicar parcialmente la asociación entre los síntomas del TDAH y el bajo rendimiento en matemáticas.

Según Vaquerizo (2005), los menores con TDAH obtienen una puntuación significativamente más baja en inteligencia verbal cuando se analiza el WISC-R, y además desarrollan una mayor pobreza en fluencia fonológica. Al investigar los niveles fonético y fonológico del habla puede constatarse una simplificación expresiva que persiste a lo largo de la vida.

### 2.3 Epidemiología del TDH

El TDAH es un trastorno clínico frecuente y que puede producir algunas disfunciones en varias áreas de la persona, en todas las etapas de la vida. Estas disfunciones son los síntomas clínicos y las repercusiones de los mismos en los diferentes ámbitos de la vida: formación, laboral, familiar, relacional y otros.

Tener datos epidemiológicos a gran escala, es algo complicado, ya que los tipos de pruebas cambian de un lugar a otro. En Europa se realizan pruebas más restrictivas dando lugar a resultados bajos. En cambio, en Estados Unidos las pruebas son más flexibles por lo que la

prevalencia aumenta considerablemente. Podemos concluir que no se ha fijado una frontera fija entre personalidad y patología en las manifestaciones externas de los sujetos con TDAH, Pascual-Castroviejo (2009), citado en Balbuena Rivera, F. (2015).

La mayoría de las pruebas utilizadas para medir funciones cognitivas complejas del TDAH, se han elaborado y baremado con población adulto anglosajona, lo que complica analizar las variables socio culturales de los resultados (Jiménez, 2012, citado en Balbuena Rivera, F. 2015).

Tampoco nos debemos olvidar que, los estudios epidemiológicos sobre el TDAH se realizan siguiendo dos vías diferenciadas, la clínica y la psicométrica. Cuando utilizamos la estrategia clínica trabajamos con criterios fijados en manuales de diagnóstico, aumenta el tiempo y el dinero invertido, siendo una prueba subjetiva y con una fiabilidad relativa. En cambio, si utilizamos la estrategia psicométrica necesitamos menos esfuerzo y dinero para obtener unos resultados más objetivos limitados al uso de escalas y autoinformes. Para mejorar esta segunda estrategia se ha fijado que la información debe venir de dos o más fuentes, y los ítems deben estar acorde a un modelo crítico de diagnóstico (Cardo, Severa y Llobera, 2007, citado en el Protocolo de Coordinación del TDAH,2016).

El estudio realizado por Rodríguez Molinero L, et. al. (2009), citado en el protocolo de coordinación del TDAH 2016, afirma que la tasa de prevalencia en Castilla y León en niños de entre 6 y 16 años, es de 6,66% de los cuales el 1% son de subtipo hiperactivo, el 1,27% del subtipo inatento y el 4,38% del subtipo combinado. También concluye que el número de niños con este trastorno es algo mayor al número de niñas.

#### 2.4 Comorbilidad

El TDAH “puro” es poco frecuente y se estima que alrededor del 70% de los pacientes con TDAH presentan al menos otra comorbilidad o trastorno psiquiátrico asociado, trastorno negativista desafiante, de ansiedad, del ánimo, de tics, del aprendizaje, etc. (Soutullo, 2011, citado en PANDAH,2011-2016), que puede tener un impacto adicional en la calidad de vida. (Steinhausen et al, 2009; Klassen et al, 2004, citado en el proyecto PANDAH). Los problemas de comorbilidad son también frecuentes en adultos con TDAH (Gringeri et al., 2011; Kessler et al., 2006, citado en el proyecto PANDAH).

La comorbilidad es más frecuente en pacientes varones, de mayor edad con coeficiente intelectual bajo, y escaso nivel cultural y educativo; con antecedentes familiares de enfermedad

bipolar, trastorno depresivo y TDAH; y con TDAH combinado de inicio precoz, severo, de larga evolución, que cursa con agresividad y con inicio del tratamiento tardío.

Los trastornos psiquiátricos que con más frecuencia se asocian al TDAH son: trastornos del comportamiento incluyendo en este grupo el trastorno negativista desafiante y los trastornos de conducta; trastornos del humor, depresión o enfermedad bipolar; abuso de sustancias (alcohol, tabaco, cannabis, sobre todo en adolescentes) trastornos de ansiedad y trastornos del aprendizaje.

Alrededor del 50% de los niños con TDAH presentan también un trastorno negativista desafiante o un trastorno de conducta. Cuando se da esta asociación ambos trastornos se presentan a una edad anterior, con mayor número de síntomas y mayor severidad, y el niño presenta un peor ajuste social. (Figueroa A., citado en Sotullo, 2010).

#### *2.4.1 Trastorno déficit de atención e hiperactividad y Trastorno del espectro autista.*

En mayo del 2013, se publicó la nueva versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), en esta nueva publicación se introducen varios cambios con respecto al criterio diagnóstico de los trastornos del espectro autista (TEA) y el trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Se ha eliminado el criterio de exclusión que impedía la posibilidad de asociar el diagnóstico de TEA y TDAH. El contemplar de manera conjunta la sintomatología del TEA y el TDAH nos permite dar respuesta a las necesidades que presenten estos sujetos.

La presencia de TDAH en los sujetos diagnosticados con TEA aumenta significativamente la severidad de la propia sintomatología autista.

El conjunto de estos resultados parece indicar que existe un efecto aditivo de los síntomas de TEA y de TDAH que supone un aumento de las dificultades para los niños con comorbilidad en el diagnóstico. Este agravamiento de los síntomas tiene importantes repercusiones para la práctica clínica y educativa, por lo que es conveniente evaluar la presencia de sintomatología de TDAH en los menores con diagnóstico de TEA, para poder planificar intervenciones eficaces, que atiendan al conjunto de las dificultades presentadas por los sujetos, y no solo en una parte de ellas, existiendo la posibilidad de ir modificando las intervenciones a medida que se vaya obteniendo más información acerca de la comorbilidad de los distintos trastornos (Holtmann et al., 2007, citado en Rico-Moreno, 2016).

#### 2.4.2 *Trastorno déficit de atención e hiperactividad y Trastorno específico del lenguaje*

El trastorno específico del lenguaje consiste en una dificultad para adquirir y manejar las habilidades de comprensión y expresión del sistema lingüístico. Puede implicar todos, varios o uno de los componentes fonológico, morfológico, semántico, sintáctico o pragmático del sistema lingüístico.

Tras analizar los datos de varios estudios, se puede afirmar que los menores con sintomatología hiperactiva atencional y los niños con Trastorno Específico del Lenguaje (TEL), presentan similitudes en aspectos semánticos y sintácticos. Los datos también nos dicen que existen diferencias entre los niveles de morfología y pragmática. El grupo de niños con TEL presentan más dificultades en el nivel morfológico, mientras que los niños con síntomas de TDAH, demuestran más dificultades a nivel pragmático. (Paredes-Cartes P., Moreno-García I., 2015).

#### 2.4.3 *Trastorno déficit de atención e hiperactividad y el Síndrome de Tourette*

El síndrome de Tourette es un trastorno del neurodesarrollo de inicio en la infancia o la adolescencia temprana. El síndrome de Tourette puede iniciar antes de los dos años de edad, aunque es habitual su aparición cerca de los cinco años, prolongándose en la adolescencia y en la adultez. Este síndrome se caracteriza por la presencia crónica de tics motores y fónicos que dificultan la ejecución y disfrute de actividades sociales normales; estos tics pueden ser de tipo simple o complejo, variando en cantidad, intensidad y regularidad.

El síndrome de Tourette es un trastorno que no suele presentarse en estado puro. Matthew et al. (2015), citado en Gatica-Ferrero.S, 2018, detectaron que cerca del 85,7% de los niños y jóvenes con síndrome de Tourette presentaban algún grado de comorbilidad psiquiátrica. Algunas comorbilidades a destacar son el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y otros trastornos como depresión, ansiedad, trastornos del aprendizaje y del sueño.

Estudios más actualizados plantean la existencia de un “espectro del síndrome de Tourette” que implicaría una variada sintomatología motora y conductual, con una presencia sistemática de TDAH, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos afectivos y desórdenes de la personalidad (Cavanna y Rickards, 2013, citado en Gatica-Ferrero, 2018).

Estudios recientes han mostrado que los niños y jóvenes con TDAH presentan un alto compromiso ejecutivo y que ciertas funciones como la memoria de trabajo, la inhibición o la



flexibilidad cognitiva se encuentran interferidas (Milla-Cano, 2018, citado en Gatica-Ferrero, 2018). Dada la relación, entre funciones ejecutivas y lóbulos frontales, y el deterioro que estas funciones presentan en los casos de TDAH, se ha hecho habitual relacionar el TDAH con una disfunción del lóbulo frontal. Esta información es relevante puesto que el síndrome de Tourette y el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad no compartirían locus cerebral y su relación de comorbilidad no estaría dada, por un deterioro simultáneo de las mismas funciones cognitivas.

Algunos autores como Stern, Blair y Peterson (2008) y Moyano (2013), citado en Gatica-Ferrero, S, 2018, han planteado que el déficit en funciones ejecutivas que presentan algunos sujetos con síndrome de Tourette, se debe a la comorbilidad con el TDAH y no al síndrome propiamente dicho. Ellos sugieren que el tratamiento de los síntomas del TDAH debe ser prioritario ante el control de los tics.

## 2.5 *La intervención en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)*

Cuando hablamos del tratamiento de los síntomas del TDAH las opciones que más se barajan por los profesionales son el tratamiento farmacológico, la intervención no farmacológica o la intervención multimodal.

### 2.5.1 *Intervenciones farmacológicas*

Según la información que nos ofrece la guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, desarrollada por el Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales podemos extraer las siguientes conclusiones.

Existen diferentes tratamientos farmacológicos: Se pueden utilizar fármacos estimulantes (metilfenidato y anfetaminas), o no estimulantes (atomoxetina, guanfacina o clonidina), en algunos casos se utilizan antidepresivos, aunque de momento no hay un consenso sobre que método es el más adecuado.

La Academia Americana de Pediatría dice que en niños de 4 – 5 años el mejor tratamiento debe ser la terapia conductual, y si no se logran mejorías significativas puede prescribirse el metilfenidato. En niños y adolescentes de entre 6 y 18 años, recomiendan el tratamiento farmacológico o terapia conductual, aunque es preferible utilizar un tratamiento combinado. Los expertos recomiendan ajustar la menor dosis posible para conseguir el máximo beneficio, para poder minimizar los efectos secundarios.

El Instituto Nacional de Salud y excelencia clínica del Reino Unido (NICE) generalmente recomienda evitar el tratamiento farmacológico. En niños en la etapa infantil recomienda que no reciban ningún tratamiento farmacológico. En cambio, proponen que los progenitores o cuidadores principales acudan a programas educativos o de entrenamiento. En niños en edad escolar y los jóvenes también se recomienda evitar la farmacología y seguir con esta misma estrategia. Si la afectación es grave, se recurre al tratamiento farmacológico siempre acompañado de un programa de entrenamiento y formación para los padres. Si estos niños y jóvenes rechazan la intervención farmacológica, deben acudir a terapia psicológica, aunque el beneficio será menor. Los fármacos más recomendados para algunos niños y jóvenes son el metilfenidato o la dexanfetamina, siempre con el seguimiento de un facultativo para poder controlar la posible aparición de efectos secundarios. En el caso de los adultos con un TDAH moderado o grave se prueba con metilfenidato. Si su eficacia es reducida o no se tolera, se probará con atomoxetina o dexanfetamina, realizando un seguimiento de los efectos adversos. Si el paciente se medica con atomoxetina puede sufrir efectos como agitación, irritabilidad, ideas suicidas, y toxicidad hepática. Debemos recalcar que la dexanfetamina no se comercializa en España.

La Asociación Británica de Psicofarmacología (BAP) indica que a todos los niños y niñas con TDAH grave se les debe tratar con fármacos, también puede ser recomendable para aquellos casos en los que el TDAH es moderado, pero no responden correctamente a la terapia psicológica. En el caso de los adultos la primera opción debe ser la medicación estimulante, realizando siempre un seguimiento de los efectos para así poder ir controlando la dosis adecuada. Si en un tiempo no se logra el control de los síntomas, se debe aumentar la cantidad o cambiar la medicación a una no estimulante.

### *2.5.2 Intervenciones terapéuticas no farmacológicas*

Pese a que históricamente los profesionales manejaban los efectos del TDAH con medicamentos, las intervenciones no farmacológicas han ido ganando terreno, en la intervención de personas con TDAH. Los clínicos e investigadores han buscado otras formas de tratamiento, porque había pacientes que no respondían a la medicación administrada, o el caso de los niños menores de 6 años para los cuales no se recomienda el uso de fármacos establecidos para este trastorno. Otro factor que también ha influido y motivado la investigación, con nuevas terapias alternativas a la medicación ha sido el rechazo de algunas familias al uso de la medicación.

Las intervenciones psicológicas y psicopedagógicas han demostrado eficacia científica. Las intervenciones psicológicas se basan en los principios de la terapia cognitivo-conductual, el entrenamiento en habilidades sociales, la terapia cognitiva del niño y entrenamiento para padres. Las intervenciones psicopedagógicas consisten en un conjunto de acciones llevadas en el contexto escolar, relacionadas con el aprendizaje. Se pueden dividir en aquellas intervenciones a nivel académico centradas en el niño e intervenciones a nivel escolar que se realizan a través de la formación a los profesores.

#### 2.5.2.1 *Tratamiento psicológico*

La terapia conductual ha demostrado una eficacia menor que el tratamiento farmacológico, pero en combinación con éste, ha dado mejores resultados, que un tratamiento sólo con medicación. En el caso de que una familia se oponga al tratamiento farmacológico debemos tener en cuenta que es más eficaz la terapia conductual que la ausencia de tratamiento. (Eddy Ives, 2006).

Primero se realiza un análisis funcional de la conducta del niño, lo que permite identificar los factores que están manteniendo la conducta inadecuada. Se observan las que se desean cambiar, se analizan las circunstancias iniciales y luego se planifica un plan de acción acorde a los objetivos establecidos, desarrollando también un programa de reforzamientos.

Los profesionales deben acompañar a los niños y sus familias en todo este proceso. Deben enseñar a los padres a establecer normas de entrenamiento para la obediencia. Ya que los niños con TDAH tienen dificultad para acatar órdenes debido a un problema en sus funciones ejecutivas, y el autocontrol. Los padres deben aprender otra forma de educar y dar órdenes a su hijo. Deben dar las órdenes de una en una, y en caso de ser una demanda amplia deben dividirla en varias pequeñas acciones. Los padres deben ordenar siempre de forma imperativa y directa con una voz firme, pero sin elevar el tono.

Cuando el niño tiene conductas positivas, los progenitores deben aplicar refuerzos positivos, para aumentar las posibilidades de que lo siga realizando. Los profesionales deben recordar a las familias, que la palabra “premio” no es solo algo material. Alabar sus buenas conductas, o el contacto físico pueden ser parte de los privilegios o recompensas.

Cuando se quiere extinguir una conducta, los padres deben tomar técnicas de extinción, que consiste en ignorar la conducta. Al no recibir atención el niño paulatinamente dejara de realizar esa conducta incorrecta. Esta técnica es lo más recomendable en momentos de rabietas y conductas de poca importancia. Al mismo tiempo, los progenitores deben alabar las conductas

positivas y correctas, porque como hemos dicho anteriormente esto ayudará a que los niños sigan repitiendo las acciones positivas.

En el caso de una conducta grave, como puede ser la falta de respeto a las personas de autoridad, se debe adoptar un enfoque cognitivo-conductual, donde se explicará de forma clara y sin gritar, qué ha hecho mal y porqué.

Los niños con TDAH tienen muchas posibilidades de incumplir las órdenes, de portarse mal, por lo que los profesionales deben recordar a las familias que también es necesario elogiar aquellas buenas acciones que realice el niño.

Cuando el niño adopta de forma repetida una conducta intolerable es útil aplicar la regla “tiempo fuera”, que consiste en un primer paso advertir al niño de las consecuencias, y posteriormente si el niño mantiene la conducta intolerable, se procede a la expulsión temporal de la actividad. Pasado un tiempo debemos preguntarle y hacerle entender los motivos por los cuales ha estado fuera de la actividad.

Desde Atención Primaria y en colaboración con la familia y la información ofrecida por esta, se puede construir un programa de modificación de conductas, utilizando técnicas como la economía de fichas. El pilar fundamental de esta técnica es el intercambio de fichas, se le da al niño una ficha cuando realiza conductas deseables. Estas fichas pueden ser cambiadas por reforzadores positivos, que sean del agrado de la persona. Las fichas también pueden ser confiscadas como signo de castigo o refuerzo negativo.

El entrenamiento para padres, es un programa que tiene como objetivo dar información a los padres sobre el TDAH y enseñarles a utilizar técnicas de la terapia conductual. El participar en estos programas a los progenitores les aporta confianza, herramientas para tratar con sus hijos y mejorar la relación paterno-filial al mejorar la atención y comunicación con sus hijos (Serrano-Troncoso. 2013).

El tratamiento psicológico conductual cognitivo que mejores resultados ha demostrado es aquel que se centra en el menor, los padres y el colegio, utilizando técnicas operantes en los programas de entrenamiento para padres y profesores, como el reforzamiento, la economía de fichas o coste de respuesta. También utiliza técnicas cognitivo conductuales con el menor basándose en el entrenamiento del autocontrol, la resolución de problemas o el entrenamiento en autoinstrucciones. (Del Corral, 2003, Citado en Ramírez Pérez 2015).

En los niños y jóvenes con TDAH, a menudo podemos observar un déficit de habilidades sociales, necesarias para relacionarse con sus iguales. Por lo que el objetivo del entrenamiento en habilidades sociales es ayudar a las personas a desarrollar las capacidades necesarias para establecer y mantener relaciones sociales constructivas. (Serrano-Troncoso, 2013).

#### 2.5.2.2 *Tratamiento psicopedagógico*

La intervención psicopedagógica se basa en el funcionamiento ejecutivo del niño. Se trabajan sus funciones ejecutivas para que vaya desarrollando sus procesos inmaduros y conseguir que el niño con TDAH se maneje en diferentes contextos. El primer paso de este trabajo es conseguir el máximo rendimiento de las funciones ejecutivas del menor. (Abada-Mas L, et al, 2013)

Los niños y adolescentes con TDAH tienen resultados escolares insuficientes o inferiores a los esperados por su capacidad intelectual, por lo que son necesarias intervenciones a nivel académico con el objetivo de mejorar el funcionamiento y rendimiento escolar gracias a sesiones concretas donde se le enseñe competencias académicas. Al mismo tiempo se deben diseñar adaptaciones de las tareas, como simplificar el enunciado o adaptar los materiales escolares.

De forma paralela se deben realizar estrategias a nivel escolar, dando formación a los profesores sobre el TDAH y como ayudar a un niño de estas características. Estos talleres deben formar al profesorado en técnicas conductuales específicas, cómo dar órdenes concretas, cómo realizar refuerzo positivo, aprender a utilizar la *técnica tiempo fuera* o programas de *manejo de imprevistos* tanto a nivel individual como de aula (Serrano-Troncoso, et al 2013).

#### 2.5.3 *El Tratamiento multimodal*

Para Hidalgo (2015), coordinadora del Grupo TDAH de la Sociedad Española de Pediatría Extahospitalaria y de Atención Primaria (SEPEAP), es importante destacar que:

“El tratamiento del TDAH debe ser multimodal, incluyendo la participación coordinada de médicos, terapeutas, profesores y padres. Se debe llevar a cabo en el ámbito sanitario, aplicando intervenciones basadas en la evidencia científica que figuran en las Guías de práctica clínica, y de forma individualizada, es decir, adaptado al paciente, (edad y necesidades del menor y su entorno). El tratamiento farmacológico está dirigido al control de los síntomas nucleares (inatención, hiperactividad e impulsividad) y el psicológico y psicopedagógico se centra en los problemas de conducta y aprendizaje consecuencia de estos síntomas. Su objetivo es ayudar al paciente y su familia a manejar los síntomas

nucleares, aumentar el autocontrol, mejorar la socialización y gestionar la frustración que sienten.” (Hidalgo, 2015: 596)

El tratamiento multimodal o combinado es de gran utilidad para tratar de forma interrelacionada los síntomas nucleares y los problemas secundarios generados por el trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

En el proceso de detección, diagnóstico, intervención y seguimiento del TDAH intervienen diferentes figuras, que están en contacto más o menos directo con el niño que tiene síntomas de TDAH, los padres, los profesores del centro educativo y el pediatra.

El TDAH necesita un tratamiento integral, multimodal e individualizado que puede necesitar unos recursos u otros en función de cada caso. Estos recursos pueden ser terapia psicológica, tratamiento psicofarmacológico, logopedia, intervenciones familiares o educativas.

Las diferentes personas involucradas en este proceso deben buscar el diagnóstico y tratamiento correcto, que ayude al interesado a eliminar sus dificultades, aunque no necesariamente van a remitir al completo, y en algunos casos los síntomas pueden perdurar hasta la edad adulta.

### 3 LA INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA DESDE EL MARCO MULTIMODAL

La revisión teórica expuesta anteriormente nos va a servir de base para profundizar desde la perspectiva logopédica dentro de un marco multimodal. Para ello, en primer lugar, presentaremos el marco axiológico de la Comunidad autónoma de Castilla y León. En segundo lugar, nos centraremos en el programa teórico de Barkley para el entrenamiento de padres y madres, ante el manejo de conductas problema. Y finalmente se presenta un conjunto de acciones que faciliten la comunicación de los menores con TDAH en su contexto más cercano.

#### 3.1 Marco axiológico de la comunidad de castilla y león en problemas de TDAH.

En Castilla y León en el año 2011, se redactó por primera vez el protocolo de coordinación del TDAH con el objetivo de homogenizar los procedimientos y actuaciones desde el ámbito sanitario y educativo. En el año 2016, este protocolo se revisó y actualizó, acorde a la nueva situación de este colectivo. Las fases y los agentes implicados quedan definidos en los siguientes términos.

##### 3.1.1. Fases de Programa

El protocolo con el que se trabaja en nuestra comunidad cuenta con tres fases: detección, diagnóstico e intervención y seguimiento.

*Fase 1. Detección temprana:* El objetivo de la primera fase es la detección temprana del TDAH. Para ello es importante la colaboración de todos los ámbitos próximos al menor: La familia, el profesorado, el pediatra o médico de atención primaria.

Si los primeros indicios se observan desde el ámbito educativo los pasos a seguir son los siguientes:

1. El tutor debe comunicar al orientador educativo las dificultades que ha encontrado en el niño, mediante el documento de derivación.
2. El orientador educativo recogerá toda información que crea necesaria y realizará una evaluación inicial.
3. Si la evaluación inicial indica un posible TDAH se elaborará un informe escolar inicial y se solicita la familia autorización para trasladar dicha información a los servicios sanitarios. En caso de que la valoración inicial nos muestre que el niño puede tener problemas de aprendizaje, pero no de TDAH, el informe escolar no será derivado a los servicios sanitarios.

Si la detección se produce en el ámbito sanitario, se deben aplicar las pautas establecidas en la Guía Práctica Clínica sobre el TDAH. En este documento, se indica que todo niño o adolescente que presente síntomas compatibles con la hiperactividad impulsividad o inatención

así como un mal rendimiento académico o problema de conducta, deberá ser evaluado por el médico de atención temprana para confirmar el diagnóstico del TDAH, siguiendo el siguiente protocolo.

1. Se realizará una evaluación inicial que parte de la sospecha clínica, educativa o familiar. En este primer estudio se requiere explorar la naturaleza y gravedad del problema mediante la presencia de algún grado de disfunción en el entorno familiar escolar y de relación.
2. Cuando tras la evaluación clínica, se sospecha que el paciente puede padecer TDAH, se solicita un informe escolar inicial al orientador educativo.
3. El orientador educativo debe elaborar este informe y debe enviárselo al sistema sanitario.
4. Una vez el facultativo tiene los resultados de la evaluación inicial y el informe escolar, puede completar la información, consultando a la familia o al centro.

*Fase 2. Diagnóstico e intervención:* El objetivo de esta fase es diagnosticar y descartar otras patologías con sintomatología parecida. Dependiendo del contexto en el que se identifiquen los primeros síntomas, debemos seguir unos pasos u otros.

Desde el centro educativo se estudia si el niño necesita algún tipo de “necesidad específica de apoyo educativo”. En caso de necesitar algún tipo de apoyo, el orientador del centro elaborará un informe psicopedagógico donde desarrollará la intervención educativa recomendada para el caso, o los mecanismos de coordinación con la familia, los profesores y otros profesionales. Si el informe indica que no necesita ayudas educativas específicas, el orientador del centro dará unas pautas a la familia y al tutor. Posteriormente se realizará el seguimiento que se considere más oportuno.

Desde Atención Primaria, el pediatra realizará una evaluación donde incluirá la entrevista con la familia, el examen general de salud, otras pruebas complementarias y el Informe Escolar Inicial. Llevará un seguimiento del caso y derivará a otros profesionales como el psicólogo o el logopeda, para que ellos evalúen y traten otros problemas comorbidos. El pediatra debe emitir un informe al centro educativo explicando la valoración y las medidas.

Si el caso ha llegado al Equipo de Salud Mental Infante-Juvenil (ESM Infante-Juvenil), se está buscando una confirmación diagnóstica y un seguimiento clínico especializado.

*Fase 3: Seguimiento:* El objetivo de esta etapa es establecer los mecanismos de coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios ejecutivos.

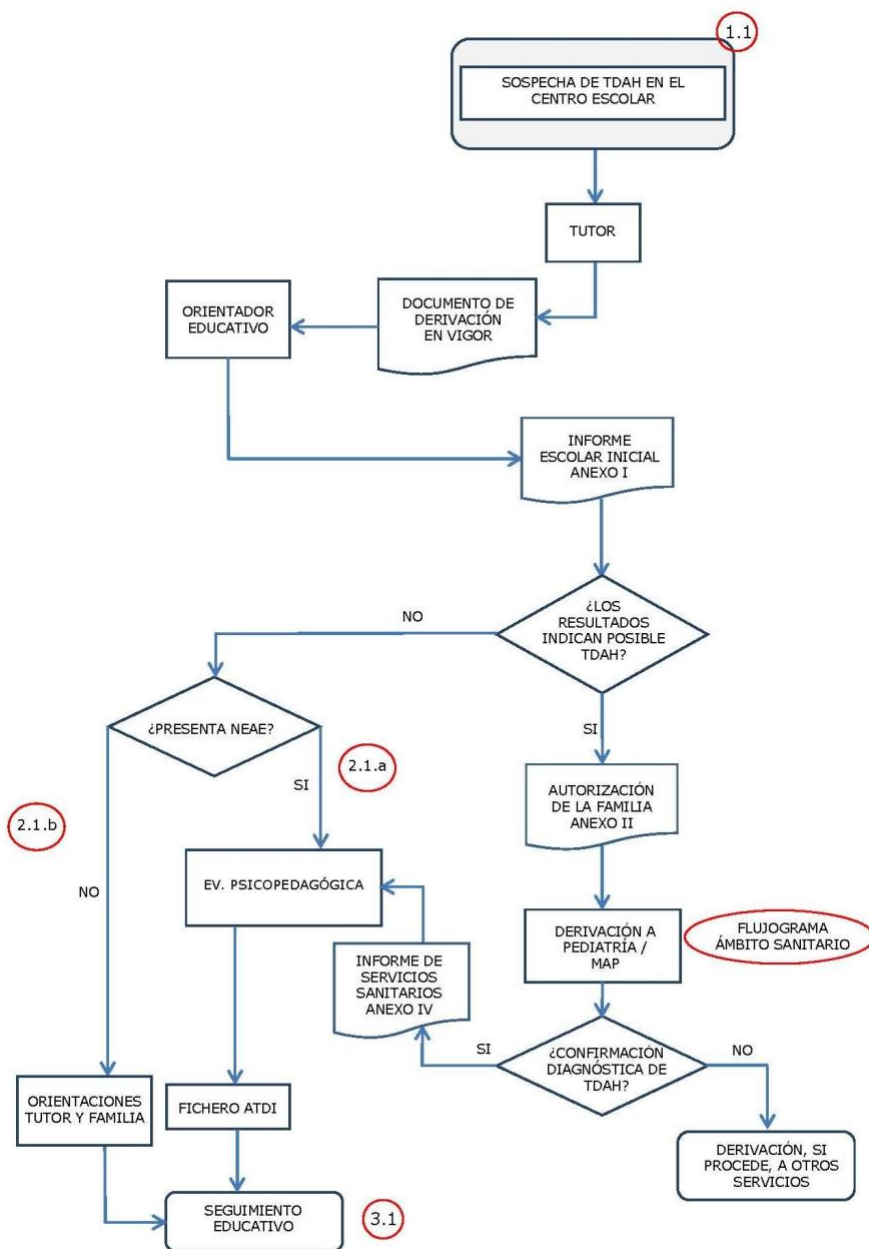
Desde el ámbito educativo se debe seguir de cerca la evolución del alumno. También deben dar apoyo y seguimiento a la familia y los docentes del niño.



Desde el ámbito sanitario se deben seguir de cerca las revisiones periódicas para controlar el tratamiento y evolución del menor. En estos momentos, se debe estudiar el impacto de todas las intervenciones a nivel social, escolar, familiar y otros ámbitos.

A modo de síntesis, dependiendo en que área se empieza a tener sospechas de este trastorno, las intervenciones y los agentes responsables de la toma de decisiones siguen un camino u otro, ese itinerario se representa en los gráficos 1 y 2.

Gráfico 1. Protocolo de intervención desde el ámbito educativo.

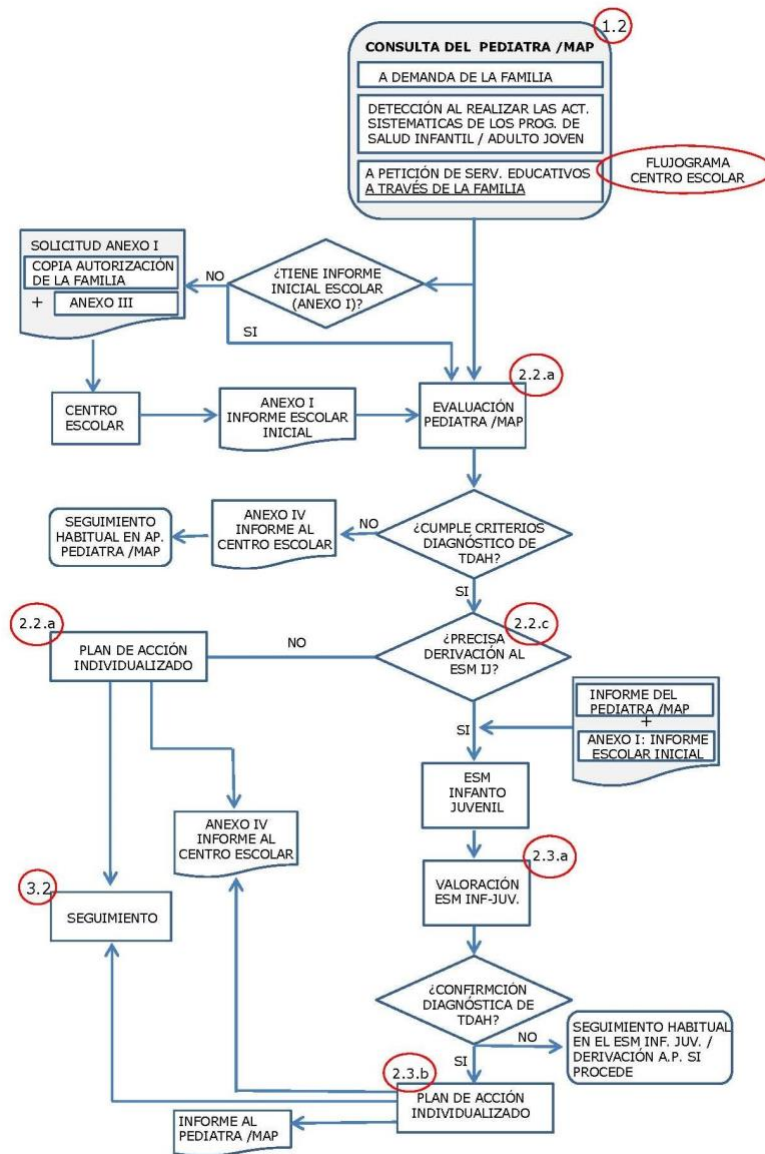


Fuente: Fuente: protocolo de coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad de la Junta de Castilla y León y SCYL.

Cuando un tutor del centro, sospecha de algún caso de TDAH, lo deriva al orientador educativo. El cual realiza un informe escolar donde recoge datos importantes de la historia educativa del menor. Si los resultados indican posible TDAH, es necesaria la autorización de la familia, para derivar esta información al ámbito sanitario, donde el pediatra confirmará o no, el caso y derivará al sujeto a los servicios necesarios. Si el pediatra confirma el caso de TDAH, se realizará una evaluación psicopedagógica, y será atendido como un caso de atención a la diversidad dentro del sistema educativo. Si el pediatra no confirma la hipótesis, derivará el caso a otros servicios.

Si el orientador educativo, una vez realizado el informe escolar inicial, no ve indicaciones de posible TDAH, observará si presenta necesidades específicas de apoyo educativo (NEAE). En caso de necesitarlas se realizará una evaluación psicopedagógica. Si no tiene necesidades específicas se darán orientaciones al tutor del alumno y a su familia, mientras se realiza un seguimiento educativo.

Gráfico 2. Protocolo de intervención desde el ámbito sanitario.



Fuente: protocolo de coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad de la Junta de Castilla y León y SCYL.

Si llega a consulta médica un posible caso de TDAH, se mira si tiene un informe escolar inicial. En caso de no tenerlo, se tramita la documentación para realizarlo. Si el niño tiene este informe, el pediatra realiza una evaluación para ver el cumplimiento de criterios. Si no cumple estos criterios se hace un informe al centro escolar y se mantiene el seguimiento habitual del médico de atención temprana.

Si cumple los criterios, se evalúa si necesita el seguimiento del Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil. En caso de no necesitarlo, se realiza un plan de acción individualizado y se mantiene el seguimiento por parte del pediatra.

Si necesita la derivación al Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil, ellos se encargan de realizar una valoración y confirmar o no el TDAH. En caso de no confirmarlo, este equipo será el encargado de realizar un seguimiento. En caso de sí confirmarlo, se desarrolla un plan individualizado y el pediatra realiza un informe.

### 3.1.2 *Agentes implicados e intervenciones*

En todo este proceso el protocolo recoge la necesaria colaboración de diferentes personas cercanas al menor.

- a) *Familia*. Son las personas principales con las que se relaciona el niño. Si la familia observa alteración de un comportamiento deben acudir a los servicios sanitarios para realizar una evaluación y poder confirmar o no el diagnóstico.
- b) *Servicios sanitarios*. Desde atención primaria se debe realizar una valoración por parte del pediatra donde incluya entrevistas con la familia y un examen general de salud del niño.
- c) *Centro educativo*: desde el colegio se debe evaluar si necesita algún tipo de apoyo educativo. El orientador es el encargado elaborar un informe psicopedagógico donde concretará la intervención educativa recomendada y los mecanismos de coordinación utilizados con la familia, los docentes, y los servicios externos. Si es necesario se deben incluir sus datos en el fichero relativo al alumnado con necesidades específicas de Apoyo Educativo o Atención a La diversidad (ATDI). El orientador es el encargado de dar pautas a la familia y los profesores, en caso de que fuese necesario.

### 3.1.3 *Aspectos éticos y legales de la intervención*

El protocolo utilizado en la Comunidad de Castilla y León recoge que, para el intercambio de información de un servicio a otro, es necesario el consentimiento y la firma de los progenitores o tutores del menor.

Según el pediatra Ruiz Lázaro PJ (2014) actualmente, en la práctica diaria, las normativas o leyes son insuficientes para solucionar situaciones conflictivas. En esta época de cambio actual cuando trabajamos con niños y adolescentes con TDAH debemos basarnos en los principios éticos universales: no maleficencia, autonomía, beneficencia y justicia distributiva.

- a) *El principio de la no maleficencia*, recalca la importancia de no hacer daño a otras personas. Este principio obliga al profesional a ser prudente con el diagnóstico del TDAH, con el fin de evitar estigmatizaciones.
- b) *El principio de autonomía o principio Kantiano de respeto hacia las personas* otorga al niño la posibilidad de tomar decisiones acerca su futuro, siempre que no afecte a otras personas. El menor debe estar informado y debe ser capaz de pensar, razonar y actuar bajo su propio criterio.
- c) *El principio de beneficencia o del fomento del bienestar del /la paciente*, cuestiona si hay que tener en cuenta la propia opinión del paciente acerca de su bienestar o debemos hacer caso a la opinión de los demás implicados. Silber TJ. (1989), justifica el paternalismo médico con niños y adolescentes con TDAH argumentando que, en estos menores el principio de protección de la vida tiende a poseer un mayor valor que el principio de la autonomía. Señala que los menores con TDAH tienen una competencia menor para tomar decisiones de manera autónoma. Para Jaúregui-Lobera I (2002), el paternalismo no se justifica siempre solo cuando el daño que se evita en la persona es mayor que el perjuicio causado por transgredir la norma moral.
- d) *El principio de justicia distributiva o principio utilitarista* de promoción del mayor bien para el mayor número de personas, implica cuestionarse qué es aquello que produciría un mayor beneficio de todos los individuos implicados.

Es complejo tomar decisiones basándonos en estos cuatro principios, porque pueden ser utilizados desde diferentes puntos de vista. Lo que nos obliga a ser respetuosos y responsables a la hora de tomar decisiones que involucren cuestiones éticas. En este sentido, la ley 41/2002, de 14 de noviembre, respalda el derecho a la intimidad del paciente; y el derecho a la privacidad de los menores, que está garantizado en el artículo 16 de la *Convención de los Derechos del Niño*.

- a) El pediatra debe respetar el secreto profesional, aunque puede revelar información en ciertas circunstancias, como en el caso en el que evite un mal mayor.
- b) A la hora de trabajar con adolescentes es importante asegurar la confidencialidad para aumentar la adherencia al tratamiento. Para ello es importante que una parte de la entrevista sea a solas con el paciente. Y en el caso de que sea necesario informar a los progenitores, se debe comunicar al adolescente la necesidad de esto, y , si se puede, acordar con él, la forma de hacerlo.
- c) A veces, el profesional es un mediador entre los padres y el menor, y se presenta el conflicto entre el derecho del menor a la confidencialidad, y el derecho de los padres a

ser informados. En estos casos, si la madurez del adolescente lo permite, el menor debe prestar el consentimiento.

- d) El consentimiento informado es innato, vitalicio, necesario, privado y absoluto. Debe ser intransferible como principio general, salvo que existan razones de inmadurez o incompetencia que no permitan al menor ejercer este derecho.

Solamente en aquellos casos en que, en la relación entre padres, hijos y equipo de salud, se divida por diversidad de posiciones que puedan afectar al beneficio del menor (bien el/la paciente rechaza el tratamiento que solicitan los padres, bien el paciente quiere un tratamiento que los padres no desean, o bien el paciente y los padres se niegan al tratamiento recomendado por el equipo de salud), debe darse paso a la intervención judicial como la última alternativa de protección al menor. (Ruiz Lázaro P.J, 2014).

### 3.2 *Entrenamiento de padres en el manejo de conductas problema. El Programa de Russell Barkley (1997).*

Existen múltiples programas de formación de padres para tratar y entrenar a los padres ante las conductas problema de los niños, pero de todos ellos el que podemos destacar es el programa desarrollado por Barkley en el 1997.

Un pilar fundamental de este entrenamiento es que asume que los menores con TDAH pueden tener un déficit concreto en las conductas dirigidas por normas, pueden presentar respuestas anormales a los estímulos y pueden tener alguna dificultad con la autorregulación de conductas. Estos hechos, fuerzan a los padres a prepararse para la nueva situación, aprendiendo una nueva forma de educar. Centrándose en dar órdenes de un modo diferente, utilizar reforzadores positivos y aprender a ofrecer a sus hijos sistemas de regulación externos, ellos deben ser muy sistemáticos y establecer una rutina clara.

El programa consta de 10 sesiones, una por semana, con una duración de una o dos horas. Las sesiones pueden ser individuales o en grupo. Cada sesión se centra en un tema concreto, explicado a continuación.

*Sesión 1: Revisión de la información sobre el TDAH:* La primera sesión se centra en ofrecer a los padres una información sencilla y clara acerca la naturaleza, evolución y pronóstico del TDAH. Los profesionales que guían este programa tienen como objetivo resolver dudas de los padres, pero también deben hacerles ver que el niño presenta actitudes y comportamientos alejados de la normalidad.

*Sesión 2: Las causas de las conductas negativistas desafiantes:* Se debe informar a los padres sobre las principales causas que fomentan el desarrollo de conductas negativistas o desafiantes. Los cuatro factores que se analizan son los siguientes: a) Las características propias del niño, salud, temperamento, su desarrollo; b) características de los padres; c) eventos familiares estresantes; y, d) consecuencias ambientales que se producen tras conductas negativistas o coercitivas.

Los tres primeros ítems tienen relación con la probabilidad de aparición de las conductas problema, en cambio el último ítem lo podemos relacionar con el mantenimiento e incremento de las conductas.

Estas ideas pueden estar apoyadas en la teoría coercitiva de Patterson (1982). Cuando se produce algunas de las conductas problema del niño (rabieta u oposición), también puede resultar aversiva para el padre o adulto a su cargo. Si este retira la orden, la conducta aversiva queda reforzada negativamente. Si, por el contrario, para evitar ese comportamiento se compensa en seguida con una acción agradable, estamos utilizando un refuerzo positivo que no es nada beneficioso si queremos evitar las conductas coercitivas o problema.

*Sesión 3: Desarrollo y mejora de la atención parental:* En esta sesión se les enseña a los padres a prestar atención a las buenas conductas que deben reforzar socialmente de modo intenso. Ya que este refuerzo positivo de los padres es un gran aliciente para los menores. De forma paralela, también deben aprender a ignorar aquellas conductas inapropiadas que no resulten excesivamente peligrosas o dañinas.

Muchos niños con TDAH tienen conductas disruptivas como, verborrea, palabrotas o exceso de movimiento. Ante estas acciones muchos progenitores tienden a intervenir en exceso, castigando y por tanto prestando atención social. Por lo que niños con TDAH se acostumbran a que solo se les haga caso cuando se portan mal. Aquellos padres que consiguen pasar por alto las pequeñas conductas disruptivas y potencian con refuerzo social positivo aquellas conductas adecuadas, observan mejoría en el comportamiento de su hijo.

*Sesión 4: La atención a la obediencia y el juego independiente:* Uno de los mayores problemas a los que se enfrentan familias con niños con TDAH es la negación al cumplir órdenes. Los padres deben estar entrenados para dar órdenes de forma eficaz, en formato imperativo y evitando actividades competitivas que puede haber en el ambiente, estas órdenes deben estar adaptados al nivel del niño siendo cortas claras Y comprensible. Los padres también deben ensayar el dar refuerzo social positivo cuando el niño se comporta correctamente o lleva bastante tiempo sin realizar actividades disruptivas.

*Sesión 5: Establecer una economía de fichas:* Los menores con TDAH necesitan refuerzos de forma más inmediata y frecuente. Debemos enseñar a los padres a instaurar un programa motivacional utilizando la economía de fichas. Por un lado, los padres deben hacer una lista de aquellas actividades y responsabilidades que quieren que realicen sus hijos. También deben dejar por escrito los beneficios y privilegios que le van a proporcionar a su hijo. En niños menores de nueve años se suele premiar con fichas ya que es una herramienta muy visual, cuando los niños son algunos mayores podemos simplemente anotarlo en un cuaderno. Esta técnica parece sencilla, pero debe aplicarse con la supervisión de un profesional. En situaciones normales pasadas unas seis u ocho semanas el cumplimiento de las tareas debe ser alto.

*Sesión 6: Implementar el tiempo fuera y otras técnicas frente la desobediencia:* Una vez que el sistema de economía de fichas que está sentado, se debe empezar a retirar fichas ante el incumplimiento de las tareas establecidas. También se enseña a los padres a aplicar la técnica “tiempo fuera” que consiste en sentar al niño en una silla o un lugar determinado, bajo la premisa “estarás aquí hasta que yo te lo diga”. Para que este sistema de resultado los padres deben definir un par de conductas sobre las que puede recaer este castigo, antes de ejecutarlo pueden dar dos avisos. Si no suficiente pasan a la acción sin discutir, ni gritar. Los padres darán por finalizado el tiempo fuera pasado una o dos minutos por año que tiene el niño, el niño debería parar de hacer la conducta disruptiva y estar relajado. En caso de que no se cumpla pueden pasar a reducir beneficios o privilegios.

*Sesión 7: Ampliar la técnica del tiempo fuera a otras conductas de desobediencia:* En esta sesión se hace una recopilación de la información ofrecida en los días anteriores, sin añadir nada nuevo. Se revisa la correcta aplicación del tiempo fuera y si es necesario se añade alguna conducta más.

*Sesión 8: El manejo de las conductas problema en lugares públicos:* En esta etapa a los padres y madres se les enseña a generalizar las técnicas coste de respuesta y tiempo fuera, a lugares públicos, para evitar problemas de conducta fuera de casa. Momentos previos a enfrentarse a la situación en público se le explica al niño lo que se espera que haga y lo que no. Las conductas adecuadas las debemos asociar a la economía de fichas, mientras que su no cumplimiento conlleva las consecuencias que se le ha explicado al niño. También podemos asociar una actividad distractora mientras estemos en el lugar público. Cuando la familia esté en la calle o en el lugar determinado, los adultos deben fijarse en el cumplimiento de las órdenes, dejando pasar por alto pequeñas acciones algo disruptivas. El método recomienda una adaptación personalizada a cada caso.



*Sesión 9: La mejora de la conducta en el ámbito escolar: el registro ordinario:* El segundo contexto donde los niños pasan más tiempo es un colegio por lo que la colaboración entre la familia y los profesores es un pilar fundamental. Los maestros y maestras del niño deben completar un registro de las actitudes y comportamientos de niño en el aula, en función de estas anotaciones el niño tendrá unas consecuencias positivas o negativas en casa.

*Sesión 10: El manejo de conductas problema en el futuro:* Para terminar, el objetivo de esta sesión es reflexionar junto a los padres como deben actuar si en un futuro vuelven a aparecer nuevas conductas disruptivas.

Pasado un mes desde la última sesión, se planifica una reunión con la familia para revisar todo lo aprendido durante el programa. Si los padres demuestran habilidades para afrontar las diferentes circunstancias, el programa se da por finalizado; si, muestran alguna dificultad para manejar los problemas que van surgiendo en casa, se aconseja y se acuerdan algunas sesiones más.

#### 4 APUNTES PARA UN PROGRAMA DE ATENCIÓN MODULAR DESDE LA LOGOPEDIA.

Al comenzar con este trabajo, se plantearon algunos interrogantes: ¿Cómo podemos ayudar a los menores con TDAH y sus familias desde la Logopedia?; ¿Cómo se diagnostica e interviene los casos de TDAH en Castilla y León? Para dar respuesta a estas cuestiones analizamos el marco axiológico de la Comunidad de Castilla y León, fijándonos en los procedimientos de intervención; se revisó el marco teórico que sustenta la intervención en el TDAH; y se descubrió el programa Barkley (1997) como un instrumento valioso para trabajar las conductas disruptivas presentes en el trastorno, así como, las dificultades que estas producen en la comunicación familiar y el comportamiento del menor. El Programa validado por los trabajos de Evans, Owens y Burnford (2013) en el ámbito educativo; y, de Garreta, Jimeno y Severa (2018), en el ámbito hospitalario; se muestra como un instrumento valioso para intervenir con garantías en las conductas de *negativismo desafiante*, la *ansiedad de los niños*, los *síntomas principales del trastorno* y los *mecanismos de crianza de los padres*.

A partir de estos hallazgos, en las siguientes líneas nos proponemos dar respuesta a la pregunta ¿Cómo podemos ayudar a los menores con TDAH y sus familias desde la Logopedia? Para ello, se presenta un programa educativo que, enmarcado en los principios de actuación de la intervención comunitaria y de las competencias del Grado en Logopedia, contribuya a la intervención modular del TDAH.

##### 4.1 Principios de intervención

Para la Psicología Comunitaria (Luengo,2018) los profesionales de la Logopedia, en su condición de personal sanitario, deben desarrollar su actividad en el marco de los siguientes principios:

- a) *Principio antropológico*: La persona es un ser individual social libre y único capaz de asumir responsabilidades. Por lo que los profesionales debemos ofrecer medidas de apoyo para problemas generales y concretos del sujeto.
- b) *Principio evaluativo o de diagnóstico*: Debemos evaluar las necesidades del sujeto, planificar y desarrollar un proceso de intervención. Y posteriormente realizar una evaluación
- c) *Principio de prevención*: debemos planificar una intervención integral, con el objetivo de reducir el riesgo de los problemas en la comunidad o contexto del niño. Para esto debemos actuar sobre los factores que pueden originarlos. También podemos tener la oportunidad de eliminar los problemas que hayan aparecido, o reducir las secuelas del TDAH. Por lo que podemos trabajar en los diferentes grados de prevención, primaria, secundaria, terciaria.

- d) *Principio de desarrollo*: el ser humano está en constante evolución, nuestra función debe ser acompañar al menor TDAH y su familia.
- e) *Principio de intervención social o ecológico*: Las personas vivimos en sociedad y relacionándonos con otros, por lo que para realizar una buena intervención también debemos generalizar los aprendizajes en el contexto cercano del menor.

#### 4.2 *Áreas de intervención del Logopeda.*

Se presentan las dos áreas de intervención que el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979), contempla para la intervención clínica dentro del microsistema, el paciente y su familia.

El programa que se presenta está diseñado para un grupo de cuatro familias cuyos hijos se encuentren en edad escolar y hayan sido diagnosticados de TDAH en los últimos meses.

La intervención familiar y la intervención con los menores se realiza de forma simultánea, lo que facilita la adherencia terapéutica de las familias.

##### 4.2.1 *Intervención en el paciente.*

###### *a) Definición de la patología:*

El Trastorno Específico del Lenguaje (TEL), consiste en una dificultad para adquirir y manejar las habilidades de comprensión y expresión del sistema lingüístico. (Barrachina, Aguado, Cardona y Sanz, 2013 citado en Paredes-Cartes,2015).

Las dificultades del lenguaje son uno de los problemas que con mayor frecuencia aparecen asociados al TDAH. Estos trastornos del lenguaje, generan subtipos muy diferentes, desde disfluencias del habla, hasta déficits semánticos (Peets y Tannock, 2011, citado en Paredes-Cartes,2015).

###### *b) Propuesta de Programa.*

El programa de intervención constará de diez sesiones de trabajo. Se realizarán una vez a la semana y tendrán una duración de una hora. Las sesiones serán grupales, con cuatro participantes, como máximo. Para poder aprovechar las ventajas que nos ofrece el que los niños trabajen y conozcan otros niños con sus mismas dificultades. En caso de que el niño tenga alguna dificultad más concreta, las sesiones grupales se podrán compaginar con terapia individualizada.

Los objetivos a trabajar en este programa son:

- Mejorar la atención y concentración de los menores con TDAH.
- Mejorar la comprensión y expresión, potenciando así una buena comunicación.

- Aprender a respetar los turnos de palabra, durante la conversación.

La evaluación será continua e interdisciplinar, mediante observación directa durante las sesiones incluyendo también contexto familiar y escolar.

*Sesión 1: Presentación y primera toma de contacto con el grupo.*

En esta primera sesión, realizaremos diferentes actividades para que todos los participantes se conozcan y empiecen a entablar relación entre ellos.

También aprovecharemos, para realizar una observación participante, analizando el habla inicial de los menores y cómo se relacionan entre ellos.

Después de realizar la primera presentación y dedicar unos minutos a aprender y recordar los nombres de todos, cada uno de los participantes contará una historia que le haya ocurrido cuando era pequeño. Continuaremos realizando actividades para fomentar la atención, la concentración y la cooperación entre ellos. Y al terminar, cada niño volverá a contar su historia y entre compañeros deberán ayudarse completando o corrigiendo la información expuesta.

*Sesión 2: Juegos de Rol Playing y conversación.*

En esta sesión se trabajará de una forma lúdica la conversación, los turnos de palabra y la comprensión y expresión del mensaje. Al comenzar les explicaremos la dinámica de la sesión. Ellos deben escribir en diferentes papeles, personajes, situaciones y palabras que luego deben incluir en la conversación. Por parejas cogerán dos personajes, una situación y una palabra. Después de unos minutos dedicados a planear su actuación, los expondrán a sus compañeros. La pareja contraria deberá estar atenta a los detalles de la actuación. Para concluir, al final de la sesión realizaremos una actividad de relajación y vuelta a la calma.

*Sesión 3: Entrenamiento de la atención.*

Al comenzar la tercera sesión, haremos un poco de memoria de las actuaciones presentadas la semana anterior. Los niños deberán contar las historias lo más concretas posible, podrán completar información entre ellos, siempre y cuando respeten los turnos de palabra. En esta sesión nos centraremos en trabajar la atención y la memoria a corto plazo, partiendo de juegos como el Memory, el Dooble, el Jungle Speed, o el juego de Kim. Para finalizar cada uno de los menores deberá esconder una canica, en algún lugar del gabinete. Ellos deben recordar donde lo esconden, porque al comenzar la próxima sesión deberán buscarlas.

*Sesión 4: Trabajando la expresión y comprensión.*

Antes de comenzar la sesión y durante los primeros minutos, los niños deberán buscar la canica que escondieron la semana anterior. La sesión está enfocada a trabajar la expresión y la comprensión de los menores. Utilizaremos diferentes imágenes que los niños deben describir. El niño tiene que elegir y estructurar correctamente las ideas que quiere transmitir. El resto de participantes pueden hacerle preguntas, siempre y cuando respeten el turno de palabra entre ellos.

*Sesión 5: Jugamos a un Scape Room.*

Para esta sesión organizaremos un Scape Room, con diferentes pruebas donde deben poner un juego las habilidades practicadas las semanas anteriores. Haciendo hincapié en la atención, colaboración entre participantes, comprensión y expresión de información. Para terminar, dedicaremos unos minutos para volver a la calma, utilizando dinámicas de respiración y relajación.

*Sesión 6: Preparamos la obra de teatro: el entorno.*

Al comenzar la segunda mitad del programa, se va a construir una pequeña obra de teatro, poniendo en práctica todas las habilidades trabajadas en las sesiones anteriores. En esta sesión, todos los participantes hablarán entre ellos, realizarán una lluvia de ideas y elegirán un entorno, donde se va a desarrollar la obra que ellos mismos van a escribir, ensayar y representar. Como broche final jugaremos a alguna de las actividades realizadas en la sesión tres, para volver a la calma y trabajar la atención antes de volver a casa.

*Sesión 7: Preparamos la obra de teatro: Los personajes y el vestuario.*

En la segunda de sesión de preparación de la obra de teatro, los niños hablarán entre ellos y fijarán qué personajes van a salir en la obra. Primero construirán los personajes de forma colaborativa. Luego se los repartirán y cada uno de los niños prepara su vestuario, trabajando la memoria y la atención, ya que en las próximas sesiones deben vestirse igual.

Para concluir con la sesión, trabajaremos la expresión de emociones, con una sencilla dinámica. Los menores deben andar por la sala lentamente y cuando el terapeuta diga una emoción, ellos deben parar y expresarla con su cuerpo y su expresividad facial. Debemos incluir emociones sencillas y complejas, para demostrarles que en nuestra vida diaria también transmitimos mucha información a través de nuestro cuerpo.

*Sesión 8: Preparamos la obra de teatro: la historia y el dialogo.*

En la sesión número ocho, debemos crear un clima cómodo donde pueda fluir la comunicación y la imaginación de todos los participantes. Entre ellos deben escribir y planificar la historia a representar y el diálogo que van a decir los diferentes personajes. Para que este trabajo pueda fluir con normalidad, deben respetar los turnos de palabra y la escucha activa. Todo lo que decidan deben dejarlo escrito, para poder aprenderse el dialogo en casa.

*Sesión 9: Preparamos la obra de teatro: ensayo general.*

En esta sesión se realizará un ensayo de la pequeña obra de teatro. Será un ensayo general por lo que los niños, deberán vestirse con el atuendo completo y tendrán que ensayar su texto. Para que el ensayo salga bien deben estar muy atentos para intervenir en el momento correcto. Al terminar dedicaremos unos minutos a expresar como se han sentido durante la sesión y qué es lo que han aprendido.

*Sesión 10 Muestra de la obra final.*

En esta última sesión enseñaremos el trabajo final a los padres. Los menores representaran su obra y al finalizar contarán a sus padres cómo la han preparado. Para concluir este programa, se creará un espacio donde niños y padres puedan expresar que es lo que han aprendido o descubierto gracias al programa.

#### 4.2.2 *Intervención en la familia.*

*a) Definición de conductas disruptivas:*

Según el DSM-V, las conductas disruptivas en la infancia se engloban, dentro del trastorno negativista desafiante. Los síntomas principales de las conductas disruptivas son: un conjunto de comportamientos desafiantes y negativistas dirigidos a los progenitores o figuras de autoridad, presentes durante al menos 6 meses, y que se caracteriza por la presencia de cuatro de las siguientes conductas: discutir con los adultos, encolerizarse, desafiar las peticiones de los adultos, llevar a cabo actos que molestan a otros, estar resentido o ser rencoroso. Cuando se presentan estas conductas surge un deterioro del funcionamiento social, académico u ocupacional del sujeto.

La teoría de la coerción de Patterson (1982), citado en Giménez-García L. (2014), explica los problemas de conducta, el desarrollo y mantenimiento de las conductas disruptivas. Patterson considera que algunos comportamientos como gritar, llorar, etc... son conductas instintivas, que les sirven al recién nacido para adaptarse y sobrevivir. Pero cuando el niño va

creciendo, debe sustituir estas conductas por otras habilidades de comunicación más evolucionadas. A veces, los progenitores o tutores del menor favorecen el mantenimiento de dichas conductas, desatendiendo las conductas adecuadas y respondiendo exclusivamente ante las conductas coercitivas. Por ello, las conductas disruptivas del menor se ven reforzadas y el niño continúa realizando estas conductas de control.

Existen diferentes tipos de tratamiento ante los problemas de conducta a edades tempranas, pero el entrenamiento para padres es la estrategia más acertada si los menores tienen menos de 10-12 años. (Maciá, 2012, citado en Gimenez-García L. (2014).

*b) Propuesta de Programa.*

De forma simultánea al tratamiento con los menores, se plantea un entrenamiento para padres, que consta de 10 sesiones, basadas en la propuesta de Barkley (1997).

Los objetivos que nos proponemos con el grupo de padres son:

- Facilitar la adherencia terapéutica al tratamiento.
- Mejorar la comunicación en el hogar y la relación de los progenitores con los hijos.
- Generar un grupo de apoyo entre familias.

*Sesión 1: Ofrecer información sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y sobre las alteraciones específicas del lenguaje que presenta el niño.*

En esta primera consulta debemos centrarnos en informar a los padres o familiares sobre la naturaleza, evolución y pronóstico del trastorno. También debemos ayudarles a ver los signos o comportamientos alterados que tiene el menor y que pueden ser indicadores de la hiperactividad o un trastorno específico del lenguaje. Durante esta primera sesión debemos escuchar las preocupaciones de los padres y dejarles interactuar entre ellos, siendo el logopeda el encargado de dirigir la sesión.

*Sesión 2: Las causas de las conductas negativistas desafiantes.*

A la vez que informamos a los padres sobre las causas de las conductas negativistas o desafiantes, debemos ofrecerles pautas para mejorar la comunicación con sus hijos, proponiéndoles herramientas para tener una comunicación más efectiva.

Dentro de la práctica logopédica, las pautas para una comunicación más efectiva entre padres e hijos se concretan en:

- a) Fomentar que haya contacto visual cuando hablen con el menor. Hablar más despacio, pero sin romper la entonación o prosodia natural.
- b) Dar órdenes utilizando un vocabulario sencillo. Si el mandato es muy largo segmentar el mensaje.
- c) Hablarle de forma clara, utilizando estructuras sintácticas sencillas. Y repetir si piensan que el niño no lo ha entendido.
- d) Reforzar la comunicación con el menor utilizando apoyos visuales o táctiles. También deben fomentar la imitación recíproca.
- e) Tener una actitud positiva frente al niño, felicitándole por sus progresos, y reforzándole de forma positiva.
- f) Respetar el tiempo de latencia que el menor necesita para responder, no adelantarse a sus respuestas, ni contestar por él.
- g) En el hogar, fomentar el juego simbólico y juegos verbales como son las adivinanzas, el veo-veo, inventar cuentos...
- h) Ofrecerle un feedback positivo, es decir, devolverle corregida su emisión, pero sin obligarle a repetir.

### *Sesión 3: Desarrollo y mejora de la atención parental.*

En esta sesión debemos conversar con los padres sobre las pautas ofrecidas, la semana anterior. Hablar sobre qué pauta ha sido más complicada de implementar y ayudarles a ello, poniendo ejemplos o planificando otro camino de actuación.

Las alteraciones del lenguaje que puede padecer un niño, pueden deberse a multitud de causas. Por ello, hablar con la familia, es un paso fundamental para conocer cuáles son los problemas concretos que padece el niño y obtener también información del contexto familiar y las relaciones entre sus miembros. Por lo que es importante que al terminar el coloquio grupal dediquemos unos minutos a cada familia, para acompañarlos en aspectos más específicos.

### *Sesión 4: La atención a la obediencia y el juego independiente.*

Debemos ofrecer a las familias pautas y apoyo para sortear las faltas de obediencia y atención de los menores. Recordaremos a las familias que deben dar órdenes claras y sencillas. Y si es necesario deben segmentar las órdenes en varias acciones más pequeñas. Por otro lado,



mejorar los problemas de comunicación que surgen en el hogar, ayudará a mejorar el comportamiento del menor.

*Sesión 5: Establecer una economía de fichas.*

La economía de fichas es un programa motivador, que podemos utilizar como refuerzo motivador. Los padres deben desarrollar una lista de aquellas acciones que quieren que realice su hijo y también tienen que dejar por escrito los beneficios o privilegios que se le otorgan tras el cumplimiento de las diferentes acciones.

Para trabajar la espera y la impulsividad, debemos ofrecer recompensas de forma gradual. Por ejemplo, a los 10 puntos puede tener un pequeño beneficio, pero si decide esperar y no canjear los puntos, en el momento que consiga 50 fichas el privilegio será mayor. Es muy importante que durante este proceso la familia este acompañada de un profesional que les guíe.

En la economía de fichas también podemos incluir hitos relacionados con el problema del lenguaje que padezca el menor. Estos hitos deben tener menos valor que los relacionados con el comportamiento y la impulsividad, ya que es lo principal que queremos trabajar.

*Sesión 6: Implementar el tiempo fuera y otras técnicas frente la desobediencia.*

En el momento en el que la economía de fichas, este totalmente implantada llega el momento de ir retirando este reforzador. Y se les enseña a los padres a aplicar “tiempo fuera” que consiste en apartar al niño de la actividad que este realizando, cuando este tiene una conducta disruptiva. Para utilizar esta herramienta los padres deben fijar dos conductas sobre las que pueda recaer este castigo. Y comunicárselo con claridad al menor, utilizando un lenguaje claro y adaptado.

Cuando ya no es necesaria la economía de fichas, podemos aprovechar para trabajar la comunicación entre los padres y los hijos. Podemos proponerles pautas para generar espacios de comunicación familiar respetuosa.

*Sesión 7: Ampliar el tiempo fuera a más conductas de desobediencia.*

En esta sesión debemos recopilar toda la información expuesta en sesiones anteriores y crear un momento donde las diferentes familias puedan expresar sus avances con la comunicación familiar, y en caso de necesitarlo expresar sus dudas o preocupaciones.

*Sesión 8: El manejo de las conductas problema en lugares públicos.*

En esta etapa se les enseña a los progenitores como trasladar las técnicas, coste de respuesta y tiempo fuera, a lugares públicos fuera de casa.

En el grupo de familias, podemos tratar, la comunicación con los niños en lugares públicos desconocidos, ¿Cómo se comportan los niños? ¿Han dejado de hacer planes por el comportamiento del menor? ¿Cómo se sienten ellos, cuando el menor, mantiene alguna conducta disruptiva en lugares públicos?

Desde la logopedia, podemos seguir haciendo revisiones periódicas para ver cómo evoluciona la comunicación familiar, cómo evoluciona el lenguaje y la comunicación del menor fuera del contexto conocido.

*Sesión 9: La mejora de la conducta en el ámbito escolar: el registro ordinario.*

En esta sesión, se recuerda a las familias la importancia de la colaboración de la familia y el centro educativo. Los docentes deben llevar un registro de las conductas del niño en el colegio, y podemos aprovechar para que lleven un seguimiento del trastorno del lenguaje que padece el niño, apuntando, cuándo sucede, en qué contexto, si existe algún factor estresante, si el niño es consciente de su problema...

El segundo contexto donde los niños pasan la mayor parte del tiempo es la escuela, por lo que todo lo que allí suceda puede repercutir en nuestra rehabilitación. Los logopedas debemos hacer un esfuerzo por estar en continua comunicación con los profesores del menor, porque son ellos los que nos pueden avisar de avances y retrocesos dentro del ámbito escolar.

*Sesión 10: El manejo de conductas problema en el futuro.*

La última sesión la dedicaremos a hacer una recopilación de todo lo aprendido en las semanas anteriores. Puede ser un buen momento para que los profesionales y progenitores de los niños se sienten a evaluar lo adquirido hasta ahora y planificar las pautas a seguir, una vez finalizado el programa.

Para finalizar, los padres asistirán a la función preparada por sus hijos y, cerraremos este programa con un momento donde familias y niños puedan compartir sus aprendizajes durante estas sesiones.

Para finalizar esta propuesta de programa debemos reunirnos con las familias, de forma personalizada, pasado un mes desde la última sesión. Y recordarles las siguientes pautas:

- a) Debemos ayudar al niño a exteriorizar la información, creando un contexto amigable y minimizando los distractores.
- b) Organizar el tiempo del niño, dividiendo largas tareas en pasos más pequeños junto con un reforzador o corrección a medida que va avanzando.
- c) Debemos generar fuentes externas de motivación, utilizando diversas técnicas como el refuerzo social, la economía de fichas o el uso de reforzadores continuos. Debemos diseñar un sistema de trabajo que ayude al niño a ser cada día más autónomo.
- d) Debemos valorar la evolución del niño, y ver si es necesario aumentar el número de sesiones.

El diagnóstico del TDAH en un menor, supone cambios importantes en su microsistema. Realizar una intervención con el menor, al mismo tiempo que se trabaja con los padres un programa de entrenamiento, ayuda al bienestar familiar. Realizar los dos programas de forma grupal, ayuda a las familias en el proceso de aceptación, siendo las reuniones de padres un grupo de apoyo. El programa propuesto se resume en la tabla expuesta a continuación.

**Tabla 1. Secuencia del programa de intervención para los menores y figuras parentales**

<b>Sesión</b>	<b>Tratamiento de los menores con TDAH</b>	<b>Entrenamiento para figuras parentales y educadoras</b>
1	Presentación y primera toma de contacto	Ofrecer información sobre el TDAH y alteraciones específicas del lenguaje. Primera toma de contacto entre las familias participantes
2	Trabajar la comunicación y los turnos de palabra utilizando técnicas de Rol Playing.	Trabajar las causas de conductas negativistas y dar pautas para mejorar la comunicación familiar
3	Entrenar la atención de los niños, utilizando diferentes juegos y dinámicas.	Desarrollo y manejo de la atención parental. Y hablar sobre las dificultades que observan en casa.
4	Potenciar la expresión y la comprensión	Pautas sobre la atención, obediencia y el juego independiente.
5	Poner en práctica lo trabajado en sesiones anteriores realizando un Scape Room.	Explicación de la técnica economía de fichas.
6	Creación de una obra de teatro: Consensuar y escribir el entorno donde se desarrolla la escena.	Explicación de la técnica tiempo fuera.
7	Creación de una obra de teatro: Preparar los personajes y el vestuario.	Trabajar la ampliación de la técnica del tiempo fuera a más conductas de desobediencia.
8	Creación de una obra de teatro: Desarrollar el dialogo entre los personajes.	Modelar como manejar las conductas problema en lugares públicos.
9	Ensayo general de la obra de teatro preparada por los participantes	Pautas para mejorar la conducta en el ámbito escolar.
10	Muestra final y asamblea conjunta, para recopilar todo lo aprendido durante estas sesiones.	

Fuente: Elaboración propia.

## 5 CONCLUSIONES Y ALCANCE DEL TRABAJO

Este Trabajo de Fin de Grado nació de dos interrogantes: ¿Cómo podemos ayudar a los menores con TDAH y sus familias desde la Logopedia? y ¿Cómo se diagnostica e interviene los casos de TDAH en Castilla y León?

A partir de estas cuestiones surgieron dos objetivos fundamentales, por un lado, queríamos profundizar acerca del papel del logopeda en pacientes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad; y, en segundo lugar, queríamos estudiar cuales son los protocolos que se utilizan en Castilla y León para diagnosticar el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Respecto al primer objetivo, desde la Logopedia podemos ofrecer apoyo, información y conocimientos sobre cómo deben establecer la comunicación en la familia, aspecto que puede estar afectado cuando un miembro de la unidad familiar tiene TDAH. Además, si el menor tiene otras dificultades secundarias como el trastorno del espectro autista (TEA), o el trastorno específico del lenguaje (TEL), nuestro papel en la rehabilitación es de vital importancia para que el menor pueda recuperar o mejorar su lenguaje y comunicación en el contexto que le rodea.

Buscar respuesta al segundo interrogante, nos ha acercado a leer protocolos de nuestra comunidad y diferentes fuentes científicas que nos han ayudado a entender con más profundidad este trastorno.

Respecto a las competencias adquiridas, la realización de este Trabajo de Fin de Grado, nos ha ayudado a profundizar en algunas de las competencias adquiridas en el grado y nos ha facilitado la adquisición de competencias específicas relativas a los procesos de investigación cualitativa. Una reflexión sobre el marco competencial para el Grado de Logopedia de nuestra Universidad y las actividades que el trabajo ha exigido se presenta a continuación.

- Este trabajo es una propuesta de programa de entrenamiento para padres ante conductas problema, haciendo hincapié en la comunicación familiar. Por tanto, desarrolla la competencia específica 1, *Diseñar, implementar y evaluar acciones de prevención de los trastornos de la comunicación y el lenguaje*.
- Hemos profundizado en la utilización de términos específicos conocidos por todos los profesionales del ámbito sanitario o educativo, lo que nos permite afirmar que hemos desarrollado la competencia específica 6, *Dominar la terminología que les permita interactuar eficazmente con otros profesionales*.

- El programa propuesto, parte de unos objetivos a trabajar y una planificación en paralelo del tratamiento para el menor y el entrenamiento para las figuras cuidadoras del menor; lo que nos ha permitido poner en practica la competencia especifica 9, *Establecer los objetivos y etapas de los tratamientos que aplica.*
- Toda la propuesta presentada nace de la lectura de fuentes secundarias y la argumentación personal tras el aprendizaje desde fuentes científicas; por lo tanto desarrolla la competencia especifica 11, *Explicar y argumentar el tratamiento seleccionado.*
- El entrenamiento para padres que se expone busca asesorar a las familias y el entorno cercano al menor; premisa que nos permite justificar la competencia especifica 16, *Asesorar a familias y al entorno social de los usuarios, favoreciendo su participación y colaboración en el tratamiento logopédico.*
- Toda la información utilizada tiene como fuentes, literatura científica y con ello entendemos que he desarrollado la competencia 19, *Comprender y valorar las producciones científicas, que sustentan el desarrollo profesional del logopeda.*
- El trabajo que se presenta aborda el lenguaje en niños con TDAH, desarrollando la competencia de conocimiento 4, *Conocer el desarrollo del lenguaje y la comunicación.*
- Las propuestas de programa presentadas han exigido conocer las funciones técnicas de la logopedia, y por tanto entendemos que la actividad ha contribuido a la competencia de conocimiento 8, *Conocer los fundamentos educativos y del aprendizaje que dan soporte a las técnicas de intervención logopédica.*
- Durante la realización de este trabajo ha sido necesario la utilización de las tecnologías para desarrollar la búsqueda de artículos y revisiones bibliográficas. Ya que, durante el confinamiento de estos meses anteriores, el ordenador ha sido la principal ventana de acceso al conocimiento, puesto que otros medios tradicionales como las bibliotecas o archivos han permanecido cerrados. Potenciado así la competencia transversal 16, *Conocer y manejar las tecnologías de la comunicación y la información.*
- Realizar el Trabajo de Fin de Grado, me ha permitido desarrollar la capacidad de organizar y planificar mi tiempo y mis recursos, poniendo en practica la competencia transversal 10, *Capacidad de organización y planificación.*
- Desarrollar este trabajo me ha ayudado a razonar clínicamente toda la bibliografía leída y además me permitido analizar y resumir aquella información que me parecía de utilidad, trabajando de forma simultanea la competencia transversal 13, *Razonamiento clínico,* y la competencia transversal 14, *Capacidad de análisis y síntesis.*

Para concluir, este Trabajo de Fin de Grado ha permitido consolidar los aprendizajes acerca del trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, trabajados a lo largo de estos cuatro años de formación. Por otro lado, somos conscientes que la información propuesta es sólo una pequeña pincelada acerca de este trastorno y cómo los logopedas podemos trabajar en un marco multimodal, buscando siempre el beneficio del menor y sus familias.

## 6 BIBLIOGRAFÍA

- Abad-Mas L, Ruiz-Andrés R, Moreno- Madrid F, Herrero R, Suay E. Intervención psicopedagógica en el trastorno por déficit de atención/ hiperactividad (2013). *Revista Neurología* 2013; 57 (Supl 1): S193-203.
- Actualización del déficit por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños 2ª edición actualizada. Formación continua a distancia del Consejo General de la Psicología de España.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2017). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5ª Edición).
- Balbuena Rivera, F. (2015). La elevada prevalencia del TDAH: posibles causas y repercusiones socioeducativas. *Psicología Educativa* 22 (2016) 81–85.
- Bronfenbrenner, U. (1997). *The ecology of human development: Experiment by nature and design*. Cambridge: Harvad University Press. (Traducción en castellano, *La ecología del desarrollo humano*, Madrid: Paidós 1987).
- Consejería de educación de la Junta de Castilla y León y Sanidad de Castilla y León (2016). *Protocolo de coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad* (2ª edición).
- Eddy Ives, L. (2006). Intervenciones no farmacológicas en el entorno familiar de niños con trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006; 8 Supl 4: S57-67.
- Gatica-Ferrero, S. (2018). Caracterización Cognitiva del Trastorno de Tourette con Comorbilidad TDAH: Un estudio de caso *Rev. Chil. Neuropsicol.* 13(2): 58-62, 2018.
- Gimenez-García L. (2014). Tratamiento cognitivo-conductual de problemas de conducta en un caso de trastorno por déficit de atención con hiperactividad *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* Vol. 1. No. 1 - Enero 2014 - pp 79-88.
- Gremillion, M., & Martel, M. (2012). Semantic Language as a Mechanism Explaining the Association between ADHD Symptoms and Reading and Mathematics Underachievement. *Journal Of Abnormal Child Psychology*, 40(8), 1339-1349. <https://doi.org/10.1007/s10802-012-9650-7>
- Hidalgo Vicario MI. (2015). Situación en España del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Pediatría integral volumen XVIII número 9*.
- Luengo Rodríguez, T. (s.f.). Lecciones impartidas en la asignatura Psicología Social de la Familia. Grado en Logopedia. Universidad de Valladolid. Curso 2018-2019.
- Medici D. Morales, M. (2017) Lenguaje y rendimiento escolar en el niño con diagnóstico en trastorno por déficit de atención / hiperactividad (TDAH). *Revista Mexicana de Neurociencia* 18 (1). Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2017/rmn171j.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Servicios sociales (2017) *Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)* pp93-106.



- Ortuño Sánchez-Pedreño, F., & Martín Lanás, R. (2010). *Lecciones de psiquiatría*. Médica Panamericana.
- PANDAH (2011-2016). *El TDAH en España: Propuestas estratégicas*. Recuperado de: <http://feadah.org/es/difusion/winarcdoc.php?id=774>
- Paredes-Cartes P, Moreno-García I (2015). Estudio comparativo del lenguaje en niños con sintomatología hiperactiva- atencional y menores con trastorno específico del lenguaje. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes Vol. 2. No. 2 - Julio 2015 - pp 151-156*
- Ramírez Pérez M. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual de conductas disruptivas en un niño con TDAH y trastorno negativista desafiante. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, vol. 2, núm. 1, enero, 2015, pp. 45-54*
- Rico-Moreno, J, Tárraga-Mínguez R. (2016). Comorbilidad de TEA y TDAH: revisión sistemática de los avances en investigación. *Anales de Psicología. vol. 32, no 3 (octubre), 810-819.*
- Ruiz Lázaro PJ.(2014) TDAH: Aspectos éticos y legales. *Pediatría Integral 2014; XVIII (9): 678-688*
- Serrano-Troncoso E, Guidi,M., Alda-Diez,JA., (2013) ¿Es el tratamiento psicológico eficaz para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)? Revisión sobre los tratamientos no farmacológicos en niños y adolescentes con TDAH *Actas Esp Psiquiatr (1) 44-51.*
- Vaquerizo Madrid, J., Estévez Díaz, F., & Pozo García, A. (2005). El lenguaje en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: competencias narrativas. *Revista De Neurología, 41(S01), S083.* <https://doi.org/10.33588/rn.41s01.2005382>
- Vázquez-Justo,E, y Blanco, A (2017) Concepto, evolución y etiología del TDAH. *Lex Localis (2017).*