

INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA CON UN  
MENOR CON TDAH Y SU FAMILIA

TFG Educación Social

Junio de 2013

Autora: Laura Ordóñez Ruiz

Tutora: María Ascensión Fernández Martín



## ÍNDICE

<b>ASPECTOS PRELIMINARES.....</b>	<b>pág 2.</b>
<b>CUERPO DEL TRABAJO.....</b>	<b>pág 3.</b>
1. INTRODUCCIÓN.....	pág 3.
1.1 Análisis del caso.....	pág 4.
2. JUSTIFICACIÓN.....	pág 6.
3. FUNDAMENTACIÓN.....	pág 11.
4. DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN.....	pag 20.
4.1 Ubicación y contexto.....	pág 20.
4.2 Profesionales y funciones.....	pág 21.
4.3 Objetivos.....	pág 22.
4.4 Metodología y actividades.....	pág 23.
4.5 Temporalización y cronograma.....	pág 30.
5. EVALUACIÓN DEL PROCESO Y ALCANCE DEL PROYECTO.....	pág 31.
5.1 Evaluación Inicial.....	pág 31.
5.2 Evaluación del Proceso.....	pág 32.
5.3 Evaluación de resultados.....	pág 33.
<b>PARTE FINAL.....</b>	<b>pág 34.</b>
1. ANÁLISIS DEL ALCANCE DEL PROYECTO Y OPORTUNIDADES Y LIMITACIONES DEL CONTEXTO.....	pág 34.
2. CONCLUSIONES.....	pág 36.
3. ANEXOS.....	pág 39.
4. LISTADO DE REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	pág 49.

## **ASPECTOS PRELIMINARES**

**TÍTULO:** Intervención socioeducativa con un menor con TDAH y su familia.

**AUTORA:** Laura Ordóñez Ruiz.

**TUTORA ACADÉMICA:** María Ascensión Fernández Martín.

**RESUMEN:** el documento que se presenta es una propuesta socioeducativa con Alberto un niño con trastorno de déficit de atención con hiperactividad, en adelante TDAH. Se intervendrá con él y con sus padres con la finalidad de aportarles las herramientas y recursos que les permitan normalizar su situación dentro de la sociedad, evitando así que sufran las consecuencias de la exclusión social. Se trabajarán por tanto todos los comportamientos y actitudes que han llevado a esta familia a un entorno de riesgo e inseguridad. Todo ello se enfocará desde la perspectiva de la Educación Social.

**PALABRAS CLAVE:** TDAH, educación social, trabajo multidisciplinar, integración social, habilidades personales y parentales.

# CUERPO DEL TRABAJO

## 1. INTRODUCCIÓN

El presente documento plantea una intervención socioeducativa del TDAH (trastorno de déficit de atención con hiperactividad) desde la Educación Social.

El TDAH es un trastorno de origen neurobiológico que se caracteriza por la presencia de: déficit de atención, impulsividad e hiperactividad motora y/o vocal. Debido a las causas y características del trastorno, este debe ser diagnosticado y tratado desde la Medicina (psiquiatría y neuropsiquiatría) o desde la Psicología (psicólogo clínico o neuropsicólogo). Pero este trastorno, al igual que otros muchos, tiene una repercusión social, familiar y personal que ha de afrontarse de un modo más amplio, y es aquí donde la labor del educador/a social adquiere gran importancia.

La propuesta que se presenta es fruto de la investigación y conocimiento del caso que se detallará a continuación. Conocí al niño trabajando de monitora en actividades extraescolares a las que él acudía. Esto me llevó a ver los problemas que presentaba, sus comportamientos... al ponerme en contacto con el orientador del colegio para reuniones que se realizaban quincenalmente me trasladó la información. Supe entonces que Alberto padecía TDAH y que su caso estaba en manos de los Servicios Sociales. Al finalizar el curso escolar el niño comenzó a participar en un Centro de Día (como se detallará más adelante) y gracias a mi relación profesional con el colegio pude saber cómo iba avanzando.

Por lo tanto la propuesta que se mostrará a continuación detalla cuales son los pasos a seguir y la metodología empleada en el Centro de Día, y tiene además una propuesta añadida de trabajo con la familia.

Alberto, tiene 10 años y sufre TDAH por lo que el objetivo es trabajar con él y con su familia, en todos los aspectos que dificultan su vida (escuela, entorno cercano...). La finalidad de abordarlo desde la educación social, no es otra que ampliar y mejorar su situación sin que ello implique la desvinculación del equipo de profesionales que han de trabajar con las personas que sufren estos trastornos, reivindicando además la importancia de los equipos multidisciplinares.

En rasgos generales lo que se pretende conseguir es que el niño permanezca en su entorno familiar y más cercano de un modo seguro. Por ello se trabajará tanto con él como con sus padres unos hábitos y unas rutinas que permitan a ambos convivir de un modo lo más normalizado posible.

Todo ello se llevará a cabo desde los Servicios Sociales de Atención Primaria(SSAP) (anexo 1) que dependen de las entidades locales (en este caso del Ayuntamiento de Piélagos). Desde aquí, los profesionales encargados (entre los que se encuentra el educador social) elaborarán un Plan de Caso, donde se englobará todo lo que debe contemplar la intervención (objetivos, recursos, profesionales...)

La intervención que deriva de dicho Plan de Caso incluye:

- La participación de Alberto en un Centro de Día: donde el educador trabaja directamente con el niño en la adquisición de unas habilidades y pautas favorables para su bienestar personal y social.
- El apoyo y orientación a la familia para afrontar adecuadamente su realidad y que respondan de un modo positivo y beneficioso para su hijo.
- La apertura de esta familia a la sociedad incluyendo, su participación en asociaciones de personas en su misma situación.

Todo ello en el marco de la Comunidad Autónoma de Cantabria, por lo que para la justificación legal y teórica se emplearán documentos vigentes en la misma.

## **1.1 Análisis del caso**

Este proyecto tiene como destinatario principal a Alberto (nombre ficticio para evitar posibles identificaciones tanto del niño como de su familia), un niño de 10 años. La problemática que presenta, está asociada a un trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

Este trastorno fue diagnosticado por personal especializado en la materia cuando el menor tenía aproximadamente 7 años. No se produjo una detección anterior debido a los constantes cambios de centro, debidos a las problemáticas que presentaba. Una vez que se establece en el colegio actual, este comienza a observar muchos problemas y a través del

orientador, establecen contacto con los servicios sociales del ayuntamiento en el que el menor reside con su familia (Ayuntamiento de Piélagos).

En ese momento, el caso comienza a analizarse (los comportamientos de Alberto, los continuos cambios de centro, la actitud y respuesta de sus padres...) y pasa a estar en manos de los Servicios Sociales.

Se registran entonces múltiples problemáticas que derivan del trastorno; problemas en el colegio, con los compañeros, con los maestros, falta de atención, desobediencia, la negativa a realizar los deberes, el desorden que acompaña a toda su actividad escolar (pérdida de material, cuadernos y libros sucios y desordenados...)

A los problemas que se han descrito, es necesario añadir la falta de habilidades sociales a la hora de mantener relaciones con sus iguales o con adultos de su entorno, la baja tolerancia que tiene al fracaso, la baja autoestima que la refleja en muchas de las tareas o actividades que realiza en su día a día... en definitiva una falta de herramientas personales y sociales que se requieren para afrontar el día a día dentro de la sociedad. Muchas de ellas derivadas del TDAH como ya se ha visto pero otras adquiridas, por diferentes motivos, entre los que destaca una cierta inestabilidad familiar.

Al derivar el caso a los servicios sociales se comienza a trabajar también con su familia. El primer problema que surge es el desconocimiento de los padres del trastorno de Alberto. No son conscientes de la magnitud del mismo, de como afrontarlo, de las consecuencias que acarrea...

Cuando el trastorno del niño comienza a tratarse con medicación aparece un nuevo problema. Los padres habían entendido desde hace un tiempo que todos los problemas eran fruto del TDAH y que con la medicación todo se solucionaría. Esta percepción errónea, unida a una falta de habilidades parentales, provocó una situación de cuidados inadecuados en el menor. Esto se refleja en una preocupante ausencia de normas y límites que el menor traslada a todos sus ámbitos. Además no está sujeto a ningún hábito ni rutina en lo que se refiere a sus necesidades más básicas de higiene, alimentación, horarios.... Conjunto que está generando en su día a día una situación de no integración que podría llevarlo a la exclusión social.

Es necesario analizar también las diferencias que existen entre ambos progenitores, ya que cada uno ha actuado de manera muy diferente ante esta situación. El padre se mantiene al margen de la problemática porque considera imposible poder solventarla, por lo tanto su respuesta es una conducta pasiva, que como consecuencia ha generado la falta de respeto por parte de su hijo. Esto hace que aunque actualmente intente intervenir de algún modo, de cara al menor le resulte muy complicado.

Por su parte la madre ha cogido el control de la situación pero no sabe afrontarla. Al intentar actuar aparece el miedo a alejar a su hijo al ponerle normas o límites que al menor le cuesta afrontar. En su defecto ha optado por una relación de sobreprotección, que la impide aceptar críticas o afrontar la realidad de otro modo.

Lo descrito hasta el momento puede definirse como una situación de desprotección moderada. Según la Dirección General de Políticas Sociales (2006) se definen como “situaciones en que un niño, niña o adolescente tiene sus necesidades básicas sin satisfacer, durante un periodo suficientemente amplio como para provocar un daño, pero el desarrollo del menor no se encuentra comprometido, ni el escenario alcanza la suficiente entidad, intensidad o persistencia que fundamente el desamparo”.

## 2. JUSTIFICACIÓN

Se sabe hasta el momento que un trastorno como el TDAH afecta a todos los aspectos y facetas de la vida de las personas que lo sufren. Es por eso por lo que la ayuda y el apoyo deben provenir desde distintos ámbitos como se ha mencionado anteriormente.

Antes de analizar en profundidad el trastorno de déficit de atención, nos centraremos en sus consecuencias más inmediatas que ayudarán a entender la importancia de esta propuesta socioeducativa.

Como se menciona en la introducción en TDAH se caracteriza por un déficit en la atención, por impulsividad y por hiperactividad, características que acarrearán otras dificultades, que en conjunto pueden llevar a este niño y su familia a la marginación o exclusión social.

María José Martínez Segura<sup>1</sup>(2009), detalla en su estudio Características del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) una serie de consecuencias que lleva consigo este problema, de las cuales se hará hincapié en las más relacionadas con la situación de Alberto.

Detallaremos pues dichos comportamientos:

- *Dificultades relacionadas con la falta de autocontrol motor y la impulsividad:* estos niños tienen una alta actividad motriz que les lleva a moverse continuamente, levantarse con frecuencia, en el aula molestan continuamente a sus compañeros/as e interrumpen la clase, corren por la clase, los pasillos, escaleras... les cuesta prever las consecuencias de esos comportamientos, les cuesta reconocer lo que ha sucedido ya que lo valoran con tanta subjetividad que varían la versión de los hechos...
- *Dificultades relacionadas con la falta de atención y la memoria de trabajo:* la mayor dificultad aparece con la falta de atención, la que nos permite seleccionar lo importante de lo irrelevante, mantener la alerta sobre cierto contenido u realizar una actividad concreta evitando distracciones. Lo que se observa en estos niños/as es que presentan dificultades para mantener la atención en situaciones en las que los estímulos recibidos son lentos y monótonos, parecen no escuchar, se entretienen en cualquier momento, no terminan las tareas ya que les supone un gran esfuerzo hacer caso omiso a los distractores, les cuesta hacer memoria, tienen problemas para retener contenidos si la explicación es muy teórica...
- *Dificultades relacionadas con la baja tolerancia a la frustración y el deseo de reconocimiento:* estas derivan de la inmadurez y gran dependencia emocional que los caracteriza, lo que se refleja en: llamar continuamente la atención de los demás, al profesor para convertirse en el centro de la atención de sus compañeros, comportamientos absurdos para buscar la risa de su entorno... Temor al fracaso por lo que miente, esconde los trabajos se irrita ante cualquier corrección del profesor, reaccionando y contestando mal. Tienen mayor dificultad para automotivarse, para analizar los

---

<sup>1</sup> Profesora Titular del Departamento de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación de la Universidad de Murcia.



propios sentimientos y tomar las medidas necesarias para salir de estados de ánimo negativos como la ansiedad, la tristeza o la frustración.

- *Dificultades relacionadas con la capacidad de la organización y planificación:* lo que se exterioriza en olvidar los deberes, el material, tener su mesa muy desorganizada, no hacer uso de la agenda, escribir y dibujar de modo muy desorganizado, no termina los exámenes, no controla la organización del tiempo...
- *Dificultades en relación con los compañeros:* sobre todo en los casos donde predomina la impulsividad o hiperactividad como es el caso de Alberto. Aparentan tener menos edad debido a comportamientos infantiles y no encajan bien con sus compañeros, se enfadan con sus compañeros cuando las cosas no salen como esperan, debido a su escasa tolerancia ante la frustración, responden con grandes rabietas, les cuesta aceptar las normas de los juegos, tienen dificultad para la cooperación, la participación... además no entienden las consecuencias que sus actos pueden acarrear en otros niños/as.

Los comportamientos descritos están muy relacionados con el ámbito escolar ya que es donde se empieza a sospechar de la presencia del trastorno y el ámbito (junto con el familiar) de donde se han obtenido más datos.

Como se ha mencionado el caso de Alberto pasa a estar en manos de los Servicios Sociales y se puede observar que estos comportamientos se manifiestan en todos los ámbitos de su vida. Es por ello, que surge la necesidad de intervenir con este menor de un modo global ya que estas actitudes están generando un riesgo de marginación que a medida que avance el tiempo aumentará.

Se ha hablado ya de la intención de realizar una intervención multiprofesional con este menor, que abarque pues varios tratamientos (de los cuales se resaltaré aquel en el que intervenga el educador social, debido a la naturaleza de este proyecto). Según la MTA<sup>2</sup> (1999), el tratamiento que ha demostrado mayor efectividad es el que combina los siguientes componentes:

---

<sup>2</sup> MTA: Tratamiento multimodal de niños con TDAH del instituto Nacional de Salud Mental (EEUU)

- *Tratamiento farmacológico:* lo que pretende es reducir los síntomas básicos del trastorno. Los medicamentos más empleados son los estimulantes y suelen ser utilizados durante años.
- *Tratamiento psicopedagógico:* para mejorar las habilidades académicas y del comportamiento del menor en su etapa escolar, facilitando el estudio, la adquisición de hábitos y rutinas...
- *Tratamiento dirigido a padres e hijos:* destinado a proporcionarles información sobre el trastorno, estrategias de manejo de la conducta, estrategias para mejorar la relación con el niño, para aumentar el autocontrol...

Analizando dicha propuesta puede verse como los educadores sociales tienen cabida en los dos puntos finales de dicho tratamiento, no como profesionales únicos pero sí como parte de un equipo en él participarán además psicólogos, profesores y por supuesto la familia de Alberto.

En el caso de la familia se hace necesaria la intervención que irá estrechamente relacionada a la del niño, ya que como afirma Espina y Ortego (2005) “Las familias con un hijo con TDAH necesitan una red de apoyo: familiares, amigos, vecinos, grupos de autoayuda, asociaciones de afectados, que les ayude a afrontar de una manera adecuada los problemas que le surgen con su hijo”

Esto lleva a resaltar la importancia de que estas familias se relacionen con asociaciones o instituciones de personas en su misma situación. Estas instituciones realizan actividades para informar, formar y ayudar a todos los interesados en este trastorno. El contacto con sus miembros les proporcionará otros puntos de vista sobre el TDAH y les ayudará a sentirse acompañados ante su problema. Su labor es por tanto la de orientar, tranquilizar y animar a los padres, ya que en muchas ocasiones éstos llegan dolidos y asustados, además de proponerles y/o proporcionarles actividades que hagan progresar educativamente a sus hijos.

En estos casos la figura de los psiquiatras, pediatras, psicólogos... está claramente enmarcada por lo que se hará lo mismo con la figura del educador social. Este como profesional, basa su actuación en un código deontológico que guiará todas y cada una de sus intervenciones. Se destacarán a continuación todos esos principios que respaldan la importancia de su presencia en este caso:

- **Principio de justicia social:** que reconoce el derecho que toda persona tiene al disfrute de los servicios sociales, culturales y educativos, gracias al Estado Social Democrático y de Derecho y no por razones de caridad. Esto implica que desde la acción socioeducativa se actúe para fomentar el desarrollo y bienestar de todos los individuos y grupos de la sociedad, haciendo especial hincapié en aquellas situaciones sociales que puedan llevar a la marginación o exclusión. Riesgo que corren la mayoría de personas y familias que sufren algún tipo de trastorno.
- **Principio de la acción socioeducativa:** afirma que la labor del educador/a social es crear una relación educativa que facilite al sujeto ser protagonista de su propia vida. Para ello sus acciones están destinadas a aportarle, las herramientas y recursos (procesos educativos) que le permitan un crecimiento personal adecuado y positivo y una integración crítica en la comunidad a la que pertenece.
- **Artículo 6:** potenciará los recursos personales y sociales de todos los miembros del entorno más cercano y de éste en su conjunto para que colabore en la medida de sus posibilidades, en el abordaje y la resolución de las situaciones planteadas. En este sentido conocerá las redes y servicios comunitarios que puedan complementar su tarea.

Se entiende ahora que el educador social es el profesional cualificado para conseguir que Alberto y su familia **vivan de forma adecuada y normalizada dentro de la sociedad, evitando así, la posible exclusión social.** Para ello empleará todos sus recursos y competencias.

### 3. FUNDAMENTACIÓN

Para fundamentar esta propuesta educativa en primer lugar se recurrirá a la teoría para entender el TDAH de un modo más amplio.

- ***Introducción al concepto y definición***

El concepto de TDAH ha evolucionado mucho desde que en 1902 el médico inglés George Still, aporta por primera vez datos relacionados con este trastorno. Hablaba entonces de un síndrome hipercinético relacionado con problemas de atención, agresividad, falta de control emocional, problemas en el aprendizaje...

A raíz de ese momento, especialistas en la materia encontraron síntomas similares en niños que padecían daño cerebral, considerándose entonces la hiperactividad como una alteración neurológica.

No es hasta la década de los setenta cuando deja de considerarse como tal y empieza a definirse como un trastorno de conducta y aprendizaje.

Ya en el DSM-II (1968)<sup>3</sup> aparece por primera vez el concepto de hiperactividad y en el DSM-III (1983) se trata como trastorno por déficit de atención. Aquí se distinguen varios tipos: con hiperactividad, sin hiperactividad y de tipo residual. La distinción entre con/sin hiperactividad desaparece, surgiendo el concepto de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Esta es la que figura actualmente en el DSM-IV-TR(2002)<sup>4</sup> el cual sigue una serie de criterios para diagnosticarlo.

A pesar de todas las evoluciones que ha sufrido el concepto, es necesario resaltar la definición que Russell Barkley (1998) realizó sobre dicho trastorno:

El TDAH es un trastorno del desarrollo caracterizado por unos niveles evolutivamente inapropiados de **problemas atencionales, sobreactividad e impulsividad**. Normalmente surgen ya en la primera infancia, son de

---

<sup>3</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(DSM), es el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría. Destinado a diagnosticar, estudiar y tratar los distintos trastornos mentales.

<sup>4</sup> Es la edición vigente para la que se espera revisión en mayo de este año.

naturaleza relativamente crónica y no pueden explicarse por ningún déficit neurológico importante ni por otros de tipo sensorial, motor o del habla, sin que tampoco se detecte retraso mental o trastornos emocionales graves. Estas dificultades guardan una gran relación con una dificultad para seguir las «conductas gobernadas por reglas» (CGR) y con problemas para mantener una forma de trabajo consistente a lo largo de períodos de tiempo más o menos largos.

En lo que se refiere a las causas Gándara, García Soto y Pozo de Castro (2006) presentan un resumen en el que determinan que “no hay una explicación única que justifique por sí sola la aparición del TDAH, sino un conjunto de causas que actúan entre sí. Las principales que se han propuesto son:

- Alteraciones de origen genético o hereditario: el 50% de los niños/as y adolescentes con TDAH heredan esta conducta de sus antepasados.
- Alteraciones de los neurotransmisores, sean de origen genético, lesional o por otras causas.
- Problemas en el desarrollo fetal por mala nutrición, dificultades de salud de la madre o estrés excesivo.
- Consumo de fármacos sin control médico durante el embarazo.
- Consumo de drogas durante el embarazo especialmente alcohol y cocaína.
- Exposición a agentes contaminantes y tóxicos durante el embarazo especialmente el plomo.
- Sufrimiento fetal por problemas en el parto, como duración excesiva o uso de fórceps.
- Parto prematuro o bajo peso al nacer.
- Escasa estimulación intelectual o emocional durante la infancia.”

- ***Síntomas del TDAH***

A la hora de definir los síntomas, se siguen dos tipos de criterios. Los utilizados en el DSM-IV-TR (2002) que agrupa los síntomas en función de dos componentes: desatención e hiperactividad-impulsividad, y los empleados en el

CIE-10<sup>5</sup> que se refiere a déficit de atención y de hiperactividad como los dos síntomas centrales.

En cuanto a este último, se considera necesaria la aparición de los dos síntomas en más de una situación para determinar que un niño/a padece TDAH.

En lo que se refiere al DSM-IV-TR, se describen una serie de síntomas y comportamientos que determinarán la presencia o no de dicho trastorno, empleando para su determinación los siguientes criterios:

Criterios empleados por el DSM-IV-TR para determinar la presencia de TDAH.

**A. (1) o (2)**

1. Seis o más de los siguientes síntomas de **desatención** han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

**Desatención**

- a. A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- b. A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.
- c. A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- d. A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
- e. A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- f. A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
- g. A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p.ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).

---

<sup>5</sup> CIE- 10 es el acrónimo de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión y determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad.

- h. A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
  - i. A menudo es descuidado en las actividades diarias.
2. Seis o más de los siguientes síntomas de **hiperactividad/impulsividad** han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

### **Hiperactividad**

- a. A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- b. A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- c. A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- d. A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- e. A menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor.
- f. A menudo habla en exceso.

### **Impulsividad**

- a. A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- b. A menudo tiene dificultades para guardar turno.
- c. A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p.ej., se entromete en conversaciones o juegos).

**B.** Algunos síntomas de hiperactividad – impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

**C.** Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p.ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).

**D.** Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

**E.** Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental

(p.ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

Una vez determinados los síntomas concretos se puede hacer una “radiografía” general de cómo afecta este trastorno a las diferentes etapas evolutivas. Castillo Villar y M<sup>a</sup> D. (2009) basándose en el DSM-IV-TR afirman que los primeros síntomas del TDAH aparecen entre los 3 y 4 años. En esta etapa se define a los niños/as como desatentos, inquietos, con muchísima actividad, muy desorganizados, requieren supervisión continua, son frecuentes las pataletas y rabietas y tienen mucha dificultad para adaptarse a actividades grupales.

En cuanto a la *etapa de primaria*, tienen dificultad para concentrarse en las actividades, tienen mal comportamiento en clase con continuas interrupciones y molestias a sus compañeros/as lo que genera problemas en la socialización. Llevando todo ello a un rendimiento escolar por debajo de otros niños/as de su edad.

Durante la *adolescencia* tienen mayores problemas con los hábitos de estudio, por dedicar menos tiempo y esfuerzo. Destaca en esta etapa la poca perseverancia en las tareas y la baja tolerancia a la frustración. Se suele dar con mayor frecuencia el abandono temprano de los estudios y el inicio en el consumo de alcohol y drogas. En lo que se refiere a la personalidad tienen trastornos de humor, síntomas de depresión, baja autoestima y autoconcepto así como escasa competencia social.

Por último se considera que el 50% de los niños/as con TDAH padecen este trastorno también en la *edad adulta*. Esto repercute en el trabajo ya que tienen problemas para mantener una actividad prolongada. Se dice que en esta etapa, las personas tienen un sentimiento de no haber tenido éxito en la vida debido a su baja perseverancia y al abandono de muchos de sus proyectos. Teniendo además problemas en el ámbito social.

- ***Tipos de TDAH***

Basándose de nuevo en los criterios del DSM-IV-TR (2002) se distinguen 3 tipos de TDAH:

- ✓ Tipo inatento: si aparecen al menos 6 de los síntomas de desatención y menos de 6 de los de impulsividad-hiperactividad.

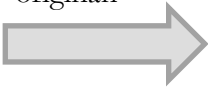


- ✓ Tipo hiperactivo-impulsivo: si al menos 6 de los síntomas de hiperactividad-impulsividad están presentes pero menos de 6 del ámbito de la desatención.
- ✓ Tipo combinado: si al menos 6 de los síntomas de desatención y 6 de los síntomas de hiperactividad-impulsividad.

En todos los casos los síntomas que se describen deben estar presentes durante los últimos 6 meses para poder considerar que el trastorno está establecido.

A modo de conclusión para enmarcar de forma muy general el TDAH, se puede recurrir a la clasificación realizada por Gándara et al. (2006), donde determinan:

Problemas centrales del TDAH:

- |                               |          |  |                              |
|-------------------------------|----------|--|------------------------------|
| - Déficit de atención escolar | originan |  | Dificultad de rendimiento    |
| - Gran impulsividad           |          |  | Dificultades de adaptación   |
| - Gran actividad motora       |          |  | Problemas de relación social |

Una vez realizada la fundamentación teórica, se recurrirá a la fundamentación legal. Para ello se apelará a aquella legislación encaminada a la infancia familia y a su protección dentro de la sociedad (debido a los destinatarios de este proyecto).

La consideración que ha tenido la infancia, social y jurídicamente en nuestro país, ha variado mucho en los últimos años, apareciendo una primera referencia en la Constitución Española de 1978 donde en su artículo 39 recoge “los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familia”

Esta consideración del niño y la familia adquiere su máxima importancia con la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de Enero, de Protección Jurídica del Menor. Esta ley justifica la intervención de los Servicios Sociales, en aquellas situaciones en las que exista riesgo para el menor o situaciones de desprotección social. Se contemplan en ella una serie de principios que se deberán respetar a la hora de intervenir, siendo por orden de jerarquía;

- Supremacía del interés del menor. Aunque estos objetivos también estén destinados al trabajo con la familia, el interés de este siempre ha de ser la guía principal para cualquiera de las actuaciones.
- Mantenimiento del menor en el medio familiar. Lo que se busca es mejorar ese medio dotándole de las herramientas necesarias, para que se convierta en un entorno seguro para el niño.
- Integración familiar y social. Principio básico que justifica entre otros la participación del educador/a social, aportando al caso ese apoyo social y familiar que tanto se valora en este tipo de entornos.

Como ya se ha mencionado, la legislación que se empleará, es la referente a la Comunidad Autónoma de Cantabria, debido a la ubicación del proyecto. En esta comunidad, en base a estas consideraciones marcadas a nivel general, a través de los SSAP, se desarrolla un programa de Atención a la Infancia y Familia (anexo 2) (recogido en el artículo 15 de la Ley de Cantabria 2/2007 de 27 de marzo de Derechos y Servicios Sociales). En él se plantean una serie de subprogramas de prevención secundaria destinados, por un lado a dotar a los menores de los recursos y el apoyo necesarios para que puedan desarrollarse adecuadamente a pesar de vivir en entornos familiares disfuncionales (es aquí donde se fundamenta la intervención que se destinará a Alberto) y por el otro a capacitar/complementar a los padres y madres para atender adecuadamente a sus hijos/as (aquí se fundamenta la intervención con los padres).

Esta fundamentación legal justifica el proyecto, ya que la situación con la que se trabaja aparece como una situación, que la sociedad a través de sus mecanismos (en este caso servicios sociales) debe proteger.

Con estas consideraciones legales, se hace necesario definir la situación concreta con la que se va a intervenir. Debido a características que se han detallado, nos encontramos frente a una situación de desprotección moderada. Se afirma la existencia de unas necesidades básicas sin satisfacer. Se analizará ese concepto de necesidades básicas para saber cuáles de ellas necesitan especial atención.

Según la pirámide de Maslow (anexo 3) encontramos:

- Necesidades fisiológicas básicas: son básicas para mantener la vida humana, en definitiva para sobrevivir. Estas incluyen: necesidad de beber agua, necesidad de alimentación, necesidad de dormir, necesidad de eliminar los desechos.
- Necesidades de seguridad y protección: incluyendo la seguridad física, la salud, el poder obtener recursos, mantener ingresos... dentro de este nivel se contempla como necesidad, la seguridad moral, el núcleo familiar y la necesidad de la propiedad privada.
- Necesidades de afiliación y afecto: aparecen en este nivel necesidades como la asociación, la participación en colectivos, el sentimiento de sentirse aceptado e integrado entre otras. Estas están relacionadas con la naturaleza social que tenemos los seres humanos como tales, que se cubre al estar en relación con nuestros iguales, al sentirnos integrados, respetados y queridos.
- Necesidades de estima: surgiendo necesidades como la de respeto a uno mismo, necesidad de comunicación interna, autoconciencia, así como el respeto a los demás, el estatus, la dignidad, la necesidad de atención...
- Autorrealización: es el último nivel aquí se encuentran las necesidades más elevadas, se hallan en la cima de la jerarquía, y a través de su satisfacción, se encuentra un sentido a la vida mediante el desarrollo potencial de una actividad. Para alcanzar este nivel, todos los individuos necesitan alcanzar y completar hasta el mejor punto posible, el resto de niveles y necesidades inferiores.

En el caso de Alberto y su familia el primer nivel de necesidades está cubierto. Cuando se habla de necesidades sin satisfacer, se trata de las del segundo y tercer nivel en principio, las relacionadas con la situación familiar, las de la propia salud del individuo o las de necesidad de integración entre otras.

Teniendo en cuenta estas necesidades insatisfechas y tratándose de una situación de desprotección moderada, desde los Servicios Sociales de Atención Primaria se cree conveniente, derivar a Alberto a un Centro de Día, considerado dentro de la Ley de Cantabria 2/2007, de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales.

Este servicio es una prestación garantizada de la Cartera de servicios del Sistema Público de Servicios Sociales, al igual que el de Intervención Familiar, convirtiéndose ambas en la base de esta propuesta educativa;

- Servicio de Intervención Familiar: promueve el desarrollo de programas que, aplicados en el domicilio familiar, proporcionan apoyo socioeducativo a familias cuyas carencias en el ámbito de las habilidades personales, sociales o educativas generan en los niños, niñas o adolescentes una situación que podría llegar a dificultar su permanencia en el hogar familiar.

Para evitar esa separación de sus familias se destinarán las actuaciones a capacitar o complementar a los padres y madres para atender adecuadamente las necesidades de sus hijos e hijas y se dotará además a los menores de los recursos personales necesarios para desarrollarse adecuadamente en ese hogar.

- Servicio de Centro de Día: destinado a atender a menores durante algún periodo del día de forma complementaria a su horario escolar obligatorio, asegurándoles la cobertura de sus necesidades básicas, cuando existan razones que dificulten su cuidado adecuado en el núcleo familiar. Por lo tanto el objetivo de los centros es proporcionarles a estos menores un entorno seguro y enriquecedor y una adecuada satisfacción de sus necesidades.

Esta guía de actuación que está determinada por las diferentes legislaciones debe llevar consigo una metodología. Barkley <sup>6</sup>(1999) afirma que para desarrollar cualquier programa o intervención para satisfacer las necesidades generales que presentan los niños con TDAH y dar respuesta a las dificultades que presentan, hay que tener en cuenta una serie de principios de actuación:

1. Toda regla o instrucción debe ser clara y concisa. Y siempre que sea posible, debe representarse por medio de soportes gráficos que complementen y amplíen su mera transmisión oral.
2. Cuando se vayan a utilizar premios, castigos o estrategias de feedback, en general, deben darse de manera rápida e inmediatamente. Así, todo el

---

<sup>6</sup> Russell A. Barkley. Figura clave en el estudio del TDAH. Doctor y profesor de Psiquiatría y Pediatría en la Universidad de Medicina de Charlestone (Carolina del Sur)

sistema de refuerzos que vayamos a utilizar, debe estar bien organizado, sistematizado y planificado.

3. Si se pretende que el niño con TDAH siga cumpliendo las normas, será preciso proporcionarle frecuentes refuerzos por respetar las normas.
4. El elogio social y las reprimendas deben utilizarse, pero no únicamente. Deben ir combinados con otros refuerzos tangibles ya que estos niños necesitan refuerzos más poderosos que las meras palabras de aprobación o recriminación.
5. Siempre deben aplicarse los premios e incentivos antes que los castigos.
6. Es necesario anticiparnos a la aparición de las conductas problemáticas.

## **4. DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN**

Se ha tratado hasta el momento de centrar la intervención en rasgos muy generales. Conocemos pues cuales son los detalles del caso, gracias al conocimiento detallado de los destinatarios y del trastorno que se trata. Pero ahora se hace necesario desglosar los pormenores del proyecto.

### **4.1 Ubicación y contexto**

La intervención con este menor se realizará principalmente desde el Centro de Día del municipio de Piélagos. Esta participación ha sido determinada por los SSAP.

Por lo tanto como contexto principal de intervención se considerará el Centro de Día donde se realizarán diferentes actividades directamente con el niño.

Otro de ellos es el hogar familiar, donde el educador/a deberá actuar para establecer unas mínimas pautas de convivencia.

Por último como contexto más general se contará con la Asociación (anexo 6), en la que se intentará trabajar más concretamente los problemas derivados del trastorno, ampliando además la visión de la familia e intentado “normalizar” la problemática de su hijo, de modo que se sientan apoyados.

## 4.2 Profesionales y funciones

En los diferentes contextos que se han mencionado existen varios profesionales que se encargarán de diversas funciones, aunque se hará especial hincapié en la labor o función que adquiere el educador/a social.

Aparece en primer lugar el equipo de los Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP). Este está formado por dos educadoras sociales y una trabajadora social que dependen del ayuntamiento del municipio. Este equipo es el responsable de elaborar el Plan de Caso para Alberto. Como ya se ha mencionado este Plan de Caso incluye varios contextos:

- ✓ Centro de Día: los profesionales que lo integran son:
  - Equipo de los Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP): responsable último del centro, que participa en la elaboración, desarrollo y seguimiento del Proyecto Educativo (instrumento que permite la evaluación de la situación de partida de cada niño, y el establecimiento de objetivos, actividades y recursos que permitan guiar una atención verdaderamente individualizada)
  - Equipo de Atención Socioeducativa: responsable de la atención directa, organización del centro y del desarrollo de actividades y programas. Este equipo lo forman los **educadores/as** que realizan las actividades directas con los menores (por exigencia legal han de ser diplomados en educación social o en su defecto en ciencias de la educación o ciencias sociales). Aquí aparece la figura del educador/a de referencia que será la persona directamente encargada de la intervención con Alberto, convirtiéndose en la figura de apoyo a la que recurrir siempre que lo necesite.
  - Otros: voluntarios/as, profesionales en prácticas...
- ✓ Núcleo familiar: aquí será de nuevo el equipo de los SSAP quien a través de sus distintos profesionales, ejercerá de educador/a familiar, adquiriendo unas funciones de orientación y formación destinadas a la capacitación y complemento familiar, como apoyo para que las funciones parentales puedan ser ejercidas adecuadamente.

- ✓ Contexto general: los SSAP, servirán como nexo entre la familia y otras familias y profesionales que padezcan y trabajen directamente con la problemática del déficit de atención. Contactando con asociaciones, fundaciones...

### 4.3 Objetivos

La finalidad es mantener el entorno familiar, siempre y cuando este esté preparado para cubrir las necesidades del menor, tanto las más básicas relacionadas con la alimentación, la higiene, horarios... como las necesidades derivadas del trastorno de hiperactividad.

Por ello es importante que los objetivos se desglosen en dos grupos;

- Objetivos destinados al menor: lo que se quiere conseguir con él, las habilidades que es necesario que adquiera independientemente de su familia, la planificación que seguirá en el centro de día, la relación que se podrá establecer con su entorno más allá del familiar (escuela, barrio, servicios comunitarios, asociación a la que podrá acudir...), el modo en el que debe aprender a convivir con el trastorno de déficit de atención...
- Objetivos destinados a la familia: estos van encaminados a habilidades que hay que trabajar con la familia para evitar que se produzca una situación de desprotección grave en el menor. Han de ser capaces de atender las necesidades de su hijo y de “abrir la mente” en cuanto a su trastorno concreto, ya que estigmatizándolo están dificultando aún más la situación. En definitiva evitar que sus actuaciones deriven en una situación de exclusión o marginación social.

Dentro del primer grupo se determinarán unas **finalidades generales** a conseguir con Alberto que se pueden concretar en:

- Dotarle de las herramientas personales y los recursos necesarios para que pueda satisfacer sus necesidades, fomentando la resiliencia.
- Ayudarle a comprender el trastorno que padece y aportarle los recursos para que aprenda a manejarlo de manera adecuada.

Y se propondrán también unos **objetivos específicos**:

- Promover unos hábitos y rutinas saludables.
- Fomentar su autoestima.
- Establecer unas normas y unos límites que le ayuden a delimitar su comportamiento.
- Enseñarle a expresar sus emociones negativas con la palabra y sin violencia.
- Ofrecerle la posibilidad de desarrollar sus capacidades, habilidades e intereses propios.
- Promover y reforzar la toma de decisiones y la asunción de responsabilidades acordes a su edad.
- Enseñarle a reconocer sus emociones y expresarlas de manera adecuada así como empatizar.
- Promover su participación en actividades de ocio y tiempo libre.

En lo que se refiere a la familia, también se determinarán unas **finalidades generales**:

- Dotarles de las herramientas personales necesarias para que afronten la realidad que viven de un modo adecuado y saludable.
- Mantener la unidad familiar sin que esta suponga un riesgo para su hijo.

Y se plantearán los objetivos concretos:

- Capacitar a los padres de Alberto para que sepan responder adecuadamente a las conductas de éste.
- Fomentar la adquisición de habilidades parentales en todas aquellas áreas en las que encuentren mayor dificultad.
- Crear una relación positiva con el educador/a para que la intervención pueda llevarse a cabo.
- Dotarles de los recursos personales, sociales o económicos que necesiten para enfrentarse a situaciones de crisis, que puedan surgir.



#### 4.4 Metodología y actividades

Como ya se ha visto, en este proyecto hay tres contextos diferenciados, que se considerarán a la hora de diseñar la intervención. Por lo tanto a continuación se mostrará esa propuesta separada en sus tres ámbitos, en los que se determinará: la metodología a emplear en cada uno y las actuaciones y actividades que se desarrollarán. Esta descripción será más extensa en los casos del Centro de Día y del hogar familiar, ya que el contexto que implica a otras familias y personas ajenas al caso (asociaciones, otras familias afectadas...) no requiere tantas actuaciones, porque se trata más bien de actuar a modo de nexo.

- **Centro de día**

- Metodología: es necesario determinar unas pautas que deben guiar todas las actuaciones, para que el proyecto pueda llevarse a cabo y los resultados sean beneficiosos para el Alberto.

En cuanto a los profesionales ha de primar el trabajo en equipo como base del trabajo educativo, participando todos los miembros en las decisiones fundamentales en cuanto a intervenciones concretas, para evitar que esa responsabilidad recaiga únicamente sobre el educador/a de referencia.

Además de estar completamente coordinados entre sí, a los educadores/as se les exige la coordinación con otros profesionales, en este caso con el equipo de los SSAP (responsable del trabajo con la familia) y con los responsables médicos encargados de la medicación de Alberto. Con esta coordinación se busca una intervención completa y multidisciplinar que siga en todo momento una misma línea en todos los contextos.

Para centrarse ahora en la intervención, se utilizará el proyecto marco de centros de día. Es necesario señalar las estrategias educativas que se emplean en estos centros (anexo 4), como son:

- Utilización de la disciplina inductiva: que en la práctica implica que sean los propios menores los que elaboren las normas en la medida de lo posible, sin que estas sean solo el resultado de la negociación con los educadores. Por ello estos deben acceder a cambiarlas siempre que existan razones. De este modo los menores ejercen su derecho a dar su opinión y ser oídos.

- Promoción de la resiliencia: ello implica que todas las intervenciones que se realicen con los menores deben de ir enfocadas a dotarles de recursos personales que les permitan desarrollarse adecuadamente a pesar de su entorno.

Una vez considerada la metodología educativa que siguen los centros de día se describirán los programas concretos que en ellos se realizan, en los que participará Alberto, para conseguir los objetivos que para él se han planteado.

- Actividades

Denominación	Tutoría
Descripción	<p>Se convierte en un espacio comunicativo donde Alberto se reunirá con su educador de referencia y se analizarán los principales problemas y avances conseguidos, así como todo aquello que el niño quiera expresar. Se convierten también en un espacio donde el educador podrá trabajar con Alberto aportándole las estrategias y herramientas que necesite para su adecuado desarrollo personal y social.</p> <p>Se trabajarán todos aquellos aspectos relacionados con el comportamiento, las normas y límites, habilidades sociales...</p>
Técnicas a emplear	Refuerzo positivo, la extinción, normas y límites, dinámicas de autoestima y autocontrol emocional.(anexo 5)

Figura 1: tutoría entre Alberto y educadora de referencia

Denominación	Programa de hábitos de estudio
Descripción	<p>Sirve para que los y las menores adquieran unos hábitos y una rutina de estudio. Además supone un apoyo en aquellas materias en las que encuentren mayores dificultades. En definitiva sirve como complemento a la escuela.</p> <p>Se aporta además un apoyo personalizado que en el colegio muchas veces no es posible.</p> <p>En el caso de Alberto, las mayores dificultades aparecen en la lectura y la escritura, además es importante reforzar, su autoestima a la hora de afrontar las tareas, la tolerancia al fracaso en aquellas materias que encuentre más dificultades, así como la capacidad de concentrar la atención en pequeñas tareas.</p>
Técnicas a emplear	<p>Fomentar el uso de agenda que le permita crear un hábito para el control de las tareas, técnicas concretas destinadas a mejorar la lecto-escritura, fomento de la autoestima, uso de textos y recursos relacionados con sus preferencias...</p>

Figura 2: hábitos de estudio para Alberto.

<b>Denominación</b>	<b>Programa de tiempo libre y participación comunitaria</b>
Descripción	<p>Destinado a impulsar la participación de los menores en su entorno comunitario, así como fomentar un ocio y tiempo libre responsables. Con ello se pretende que se doten de una red social que vaya más allá de la de su propia familia.</p> <p>En el caso de Alberto este programa es muy importante ya que necesita relacionarse con un mayor número de personas y poder encontrar un grupo y una actividad en la que se sienta integrado.</p>
Técnicas a emplear	<p>Actividades culturales y sociales en su entorno cercano (teatro, cine, fiestas en su municipio, excursiones...) así como alguna actividad cultural o deportiva de equipo que esté relacionada con sus gustos e intereses. De este modo si consigue practicarla adquirirá una rutina y un compromiso que le llevará a una integración social, evitando esa marginación que se está produciendo.</p>

Figura 3: tiempo libre y participación comunitaria para Alberto.

Es necesario tener en cuenta que todas estas actuaciones deben priorizar el refuerzo de la autoestima. Mena, Nicolau, Lasat Tort y Romero (2006) sostienen lo siguiente:

Existen estudios que demuestran que los niños con TDAH se valoran a sí mismos más negativamente, con más problema, más impopulares y menos felices que los niños de su edad. Más del 50% de los niños con TDAH presentan problemas emocionales, como sentimientos depresivos, de desconfianza, inseguridad o baja autoestima. (p.39)

- **Hogar familiar**

- **Metodología:** es importante considerar que esta intervención con los padres de Alberto se realizará dentro de su propio domicilio, por lo tanto lo primordial es crear una vinculación positiva con ellos, sin que se sientan violentos o continuamente juzgados. Así como conseguir un compromiso real por su parte con la propuesta de intervención planteada. El papel del educador/a social en este contexto ha de ser cercano a la familia, presentándose como una fuente de ayuda y apoyo en momentos difíciles.

Para ello la base de la mediación será la comunicación. Esta ha de ser constante entre el educador/a y la familia comentando todos aquellos aspectos que puedan perjudicar el rumbo de las actuaciones.

Como se ha determinado en los objetivos, las actuaciones irán destinadas a capacitar a los padres, para que se desenvuelvan adecuadamente en todas aquellas áreas que encuentren mayores dificultades, es decir, a la adquisición de habilidades parentales (anexo 6).

Para ello se emplearán una serie de técnicas y actividades destinadas a:

Establecimiento de unas normas básicas de convivencia	Estas se determinarán contando con la participación tanto de los padres como del niño. En ellas se han de plasmar unas mínimas pautas que favorezcan la convivencia y que ellos consideren necesarias. Tienen que colocarse en un lugar visible de la casa para que poco a poco vayan siendo más claras para todos los miembros de la familia.
Determinación de unos horarios	Es fundamental que se establezcan unos horarios relacionados con las actividades básicas del día a día. Esto implica que deben quedar marcadas las horas de las comidas, las horas en las que puede o no puede verse la televisión, las horas en las

	que el menor debe acostarse... estas serán de nuevo pactadas por todos los miembros, aunque el educador/a deberá marcar unas pautas mínimas si observa que las determinadas por la familia no son las adecuadas.
Establecimiento de unas rutinas	Sobre todo relacionadas con la alimentación y la higiene. Es importante que los padres e Alberto asuman la rutina de comer juntos creando así un ambiente de comunicación que hasta el momento no existe. En cuanto a la higiene es importante que se establezcan unas rutinas en lo que se refiere a las duchas, el lavado de dientes, manos...
Fomento de una comunicación adecuada	Es básico que la comunicación que se establezca en este hogar, mantenga un tono calmado sin grandes elevaciones de voz que enturbian el ambiente. Además debe ser asertiva y empática, evitando la crítica continuada ante los fracasos o comportamientos no deseados.

Figura 4: actividades destinadas a los padres.

Estas actuaciones serán desarrolladas en presencia del educador/a que intentará guiar a los padres en todas las dificultades que encuentren, aunque siempre se buscará la autonomía que se irá consiguiendo a medida que el proceso avance.

- ***Asociación y otras personas en su misma situación***

En este sentido la intervención está destinada a fomentar el contacto con asociaciones que traten esta problemática. La asociación con la que se entrará en contacto es Fundación CADAH (anexo 7). Aquí la actuación del educador/a social está destinada a ofrecer el apoyo y el acompañamiento para que los padres de Alberto den el paso de asociarse. Apoyará además las actuaciones que allí se realicen ayudando a los padres en

aquellas tareas que no comprendan o que consideren de gran dificultad. Nuevamente este proceso el compromiso claro de los padres de Alberto.

#### 4.5 Temporalización y cronograma

El proyecto está planteado para desarrollarse a lo largo de un año, incluyendo el periodo escolar así como las vacaciones de navidad y verano. Se pretende que durante este año la familia y el niño reciban el apoyo continuado del equipo de los SSAP y a partir de este periodo ir retirando esa intervención paulatinamente para observar cómo se desenvuelven. Si en este tiempo los objetivos no se han logrado se aumentará el tiempo que se estime oportuno

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Centro de día (tutoría + programa de hábitos de estudio)	Centro de día (programa de hábitos de estudio + tiempo libre y participación comunitaria)	Centro de día (tutoría + programa de hábitos de estudio)	Centro de día (programa de hábitos de estudio + tiempo libre y participación comunitaria)	Centro de día (tutoría + programa de hábitos de estudio)	Hogar familiar (todos los miembros)	Hogar familiar (todos los miembros)
Hogar familiar (habilidades parentales)		Hogar familiar (habilidades parentales)		Hogar familiar (habilidades parentales)		

Figura 5: cronograma generalizado de las actividades para Alberto y su familia.

En rasgos generales este cronograma determinará el plan de intervención, aunque éste siempre estará adaptado a las necesidades que aparezcan o a cualquier cambio que pueda surgir.

Las cuadrículas que están en color gris son las destinadas a Alberto que como se observa de lunes a viernes (16:30h – 20:00) acudirá al centro de día y realizará las diferentes actividades que le correspondan.

El fin de semana, no acudirá al centro y se destinará el tiempo a mejorar las relaciones familiares con la realización de diferentes actividades que impliquen al menor y a sus padres. Entre ellas, se destacan las actividades que incluyen la relación con la Asociación.

Las cuadrículas de color blanco por su parte están destinadas al trabajo del educador/a con los padres de Alberto. Se realizará tres días a la semana durante dos horas, en el hogar familiar, mientras el menor permanece en el centro. Se realizarán diferentes actuaciones que ya han sido descritas.

## **5. EVALUACIÓN DEL PROCESO Y DEL ALCANCE DEL PROYECTO**

Se describen a continuación los procesos de evaluación que acompañan al proyecto en todas sus fases.

### **5.1 Evaluación inicial**

Debe ser exhaustiva y realizarse antes de cualquier intervención ya que el éxito del proyecto dependerá en gran medida del análisis inicial de la situación. Con esta evaluación deberemos centrarnos en varios puntos:

- Quién está implicado: Alberto y su familia principalmente, así como los Servicios Sociales de Atención Primaria del ayuntamiento.
- Indicar en qué modo el problema es percibido por los destinatarios: aquí se determinará en qué medida los afectados entienden la situación que padecen, si son conscientes de lo que supone el trastorno de déficit de atención. Se pretende también determinar el grado de implicación que van a tener con la propuesta que se lleve a cabo.

Esta evaluación en definitiva, implica realizar un análisis del escenario y valorar cuales son los desencadenantes, así como las necesidades que surgen, para cada una de las personas afectadas.



Para llevar a cabo este primer análisis se emplearán las siguientes técnicas:

- Estudio de campo: con el que se hará una primera valoración del caso ante el que se encuentran los SSAP.
- Entrevistas: tanto con la familia de Alberto como con el propio menor, estas serán individuales y conjuntas. Se realizarán además entrevistas con personas de otros contextos en los que participa el menor, concretamente con el colegio.
- Cuaderno de campo: este permite delimitar las principales necesidades presentadas. Además servirá de punto de partida para realizar el Plan de Caso para Alberto.

## 5.2 Evaluación del proceso

Debe ser un trabajo continuo y supone una constante revisión de los programas y acciones. Probablemente lleve consigo, una toma de decisiones en relación con la acción a seguir en vista de los resultados.

Para llevar a cabo esta evaluación es necesario por tanto:

- Observar cómo se van desarrollando las diferentes actividades propuestas.
- Analizar las mismas. Hacia donde quieren dirigirse, si se ajustan a los objetivos...Durante la evaluación del proceso es fundamental centrar la atención en la metodología utilizada en las actividades. Es importante plantearse una serie de cuestiones que servirán para ir ajustando en todo momento las técnicas empleadas.

Entre ellas encontramos:

- ¿La metodología que se utiliza ayuda a resolver el “problema”?
- ¿Se han definido correctamente la manera de actuar, las tareas, normas y procedimientos?
- ¿Es adecuado el ritmo empleado en las actividades?
- ¿Es necesario introducir modificaciones en la metodología para obtener mejores resultados?

### 5.3 Evaluación de resultados

Se caracteriza por realizarse al final del proyecto. Esta fase implica realizar una síntesis que se logra con la unión de todos los elementos proporcionados por la evaluación inicial y la de proceso, para llegar a una conclusión en la que se determine en qué medida se han alcanzado o no los objetivos y finalidades propuestas. Consiste en analizar los resultados y los efectos que ha tenido la intervención sobre los destinatarios.

Martín (2009) afirma que:

Para la evaluación final y el cierre del caso hay que tener en cuenta que pueden darse varias circunstancias:

- Que se alcancen los objetivos en el tiempo establecido, con lo cual se establecerá un periodo de seguimiento corto para la progresiva retirada del equipo (evitando así la dependencia de la familia de la intervención).
- Que se alcancen en parte los objetivos y se presume que, con un aumento de la temporalización global puedan alcanzarse el resto.
- Que no se consigan los objetivos porque las circunstancias de la familia cambien o se vea necesario por parte del equipo una intervención más especializada desde otro servicio o programa con lo cual se procederá a la derivación del caso, intentando, siempre que sea posible, hacerlo de la forma más adecuada para la familia. (p. 271)

## PARTE FINAL

### 1. ANÁLISIS DEL ALCANCE DEL TRABAJO Y LAS OPORTUNIDADES O LIMITACIONES DEL CONTEXTO

Esta propuesta puede tener un alcance individual que se limite única y exclusivamente a este caso o por el contrario puede alcanzar una perspectiva mucho más amplia. Como ya se ha mencionado con anterioridad, no existen dudas sobre quién debe recetar los fármacos a estos niños o quien debe enseñarles a sumar. Pero no está claro que quien debe acompañarlos en su integración en la sociedad sea el educador social. Por lo que el alcance de este proyecto tiene la mirada en ese objetivo, en conseguir que al hablar de TDAH, se reconozca al educador social como esa figura clave que apoyará en la normalización y comprensión de este y otros trastornos. Ayudando por un lado a la persona que lo padece a vivir con ello y por el otro preparando al conjunto de la sociedad para que pueda aceptar e integrar a estas personas.

Analizaremos también en este punto las oportunidades y limitaciones que ofrece el contexto.

La mayor dificultad aparece en la tardía detección del trastorno lo que ha generado:

- Un desconocimiento y pérdida de control de los padres.
- Un descontrol en el comportamiento de Alberto.

Como se refleja en la Guía Breve para Padres:

Es fundamental realizar un diagnóstico correcto y no confundirlo con otros trastornos de conducta. El TDAH constituye un subgrupo dentro de los trastornos de conducta, que tiene tratamientos específicos y que, bien gestionado, tiene buen pronóstico. Por eso es importante que si los profesores o los padres detectan un niño con problemas, lo observen cuidadosamente, avisen al psicólogo o psicopedagogo del centro y hablen con la familia, para que ésta ponga en marcha una entrevista con su pediatra, quien decidirá si lo envía al especialista en psiquiatría infantil y de la adolescencia (o al neuropediatra). No hay pruebas de diagnóstico específicas y, lo fundamental es la historia y la observación clínicas en los diferentes

ambientes, guiada por un especialista con experiencia, con el que deben colaborar familia y colegio, ofreciendo información regularmente y según unos puntos de interés que él mismo les señalará.

Para realizar un diagnóstico correcto es necesario valorar si hay alguna enfermedad de base (alteraciones auditivas, visuales, de las conexiones sensoriales con las áreas de procesamiento cerebral o algún otro trastorno neurológico), si hay algún trastorno psiquiátrico que explique los síntomas (ansiedad, depresión) o si hay otros problemas de aprendizaje que secundariamente produzcan la falta de concentración (como dislexia, por ejemplo). Para ello a veces serán necesarias pruebas neurológicas, neuropsicológicas (incluyendo de capacidad intelectual general, problemas específicos de aprendizaje, capacidad visuo-espacial, etc), valoraciones oftalmológicas u optometristas, valoraciones auditivas, etc.

Otra de las limitaciones que más preocupa a la hora de intervenir es la inestabilidad familiar que se presenta derivada o no del propio trastorno. De ahí que se de tanta importancia a la intervención con los padres. Pero muchas veces los problemas tienen una trayectoria tan larga que son difíciles de reconducir.

Por el contrario una de las mayores ventajas, es que Alberto, desde el primer momento respondió bastante bien al tratamiento, lo que ha hecho ver a sus padres que realmente existen soluciones posibles. Pudiendo considerarse esta mejora el punto de partida para el cambio.

## 2. CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES

Una vez planteada la propuesta de intervención es necesario plantearse una serie de conclusiones finales relacionadas con la misma.

Por un lado una de las principales conclusiones que se pueden obtener, es la importancia que tiene la labor de los Servicios Sociales, cuando aparecen situaciones como la que se ha descrito anteriormente. Muchas veces las personas no estamos dotadas de las habilidades necesarias o los recursos suficientes para afrontar adecuadamente ciertas situaciones de la vida. En general muchas familias cuyos hijos padecen este tipo de trastorno no son capaces de afrontarlo en un primer momento, pero con el tiempo tienen la capacidad de sobreponerse.

Pero existen casos, como es el de la familia de Alberto, en que no existe esa capacidad para superar ciertas adversidades. Es entonces cuando se hace necesario que la sociedad proteja a estos individuos. Esto puede hacerse a través de los Servicios Sociales, mediante sus profesionales cualificados para ello.

Lo que se pretende por lo tanto con esta intervención es plantear un modelo familiar que se adapte a las demandas de sus miembros, pero sobre todo a sus necesidades (priorizando las del menor) evitando en todo momento la dependencia hacia el educador/a. Esto es fundamental, ya que la propuesta debe seguir funcionando cuando el educador/a se retire. Solo así podrá garantizarse el éxito.

Esto es clave en el trabajo con personas, evitar la dependencia ya que lo fundamental es que sean autónomos y los partícipes de su propia vida.

Es aquí donde se detallan competencias que un educador social ha de desarrollar para garantizar ese éxito antes mencionado. Estas aparecen recogidas en el Código Deontológico, pero solo se especificarán aquellas que estén relacionadas con este proyecto.

- *Competencia para generar redes y contextos educativos y sociales*: para lo que debe ser capaz de generar relaciones interpersonales, debe poder generar marcos y contextos educativos adaptados a las circunstancias. Esto quiere decir que a pesar de las dificultades que aparecen en el entorno de Alberto debe

conseguir que dicho entorno se convierta en un lugar estable, seguro y educativo donde el niño pueda desarrollarse a pesar de sus problemas.

- *Competencia para analizar e investigar los contextos:* debe poder detectar las necesidades educativas de un ámbito determinado, punto que justifica esta actuación debido a las múltiples necesidades de sus protagonistas. Para ello debe manejar todo tipo de estrategias y metodologías de análisis, para poder llegar a la base de dichas necesidades.
- *Competencia para coordinar recursos, instituciones, proyectos:* para lo que tiene que dominar técnicas de dirección de proyectos, de planificación y diseño... en definitiva debe manejar todo tipo de recursos y poder coordinarlos para que su actuación sea global y actúe en todos los ámbitos de la vida de las personas. Queda aquí comprobada esa competencia ya que con Alberto son muchos los recursos y los programas empleados y todos ellos han de llevar una organización para poder conseguir la finalidad planteada.
- *Trabajo en equipo:* es necesario hacer referencia nuevamente al trabajo multidisciplinar. En este equipo el educador social elaborará los aspectos educativos de los proyectos y guiará la acciones socioeducativas del resto de profesionales (art. 17 código deontológico). Es básico entender los beneficios de esta forma de trabajar entre los que se encuentra:
  - Incremento del aprendizaje individual al compartir diferentes conocimientos, experiencias, puntos de vista...
  - Satisfacción de necesidades sociales.
  - Desarrollo de habilidades de comunicación, de negociación y de persuasión.
  - Motivación por la posibilidad de aportar ideas y ser escuchado.

Todas estas características mencionadas hacen del educador un profesional valido, pero eso no implica que siempre se consiga ese éxito. Una de los aspectos que hay que considerar, es la posibilidad de que a pesar de todos los esfuerzos, no se consigan los resultados esperados. Evidentemente el trabajo debe estar marcado por el optimismo y casi a veces por cierto grado de utopía ya que eso permitirá que en momentos complicados el profesional vuelva a retomar fuerzas e intentarlo de nuevo. Pero esto no puede ocultar la realidad y esta muchas veces supera los límites. Aunque pueda parecer difícil de entender muchos individuos no están

dispuestos a cambiar a pesar de que su situación sea crítica. Esto puede ocurrir y hay que tenerlo en cuenta ya muchas personas temen el cambio por miedo a no manejar situaciones diferentes, por miedo a perder algo o alguien, por miedo a equivocarse, por la falta de control ante la nueva situación lo que provoca angustia. Por lo general estamos capacitados para superar todos esos miedos ya que el cambio es una constante en nuestras vidas, pero hay personas que no son capaces lo que puede provocar el fracaso de una intervención.

Esto no puede llevar al educador al abandono del caso, ya que muchas veces esa misma actuación planteada en otro momento vital de la persona puede suponer un éxito rotundo. De ahí la capacidad que han de desarrollar para no frustrarse y tener tolerancia al fracaso.

Volviendo a la idea de que es la sociedad la que ha de proteger ciertas situaciones, cuando otros agentes no lo hacen aparece una gran dificultad. En épocas de crisis como la que está atravesando actualmente nuestra sociedad, estas situaciones tienden a acrecentarse. Los problemas económicos derivados de la falta de empleo, generan problemas personales que repercuten en la familia, en la convivencia y nuevamente en la sociedad. Pero, ¿qué ocurre cuando esa respuesta que debe dar tan nombrada sociedad se hace imposible? ¿Qué pasa cuando esa estructura que debe actuar, cuando otros agentes no pueden, se desmorona por completo?

Esta situación es la realidad más cruda que se está viviendo actualmente. Los servicios sociales que hasta el momento protegían e impedían las situaciones de exclusión social, han entrado en su propia fase de exclusión social. Lo que nos lleva a un abismo que asusta y en el que está quedando muy claro que las personas más necesitadas no tendrán más remedio que caer en él.

### 3. ANEXOS

- ***Anexo 1. Servicios sociales de atención primaria (SSAP)***

La Ley de Cantabria 2/2007 de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales en su artículo 13, define los SSAP:

Los Servicios Sociales de Atención Primaria constituyen el primer nivel de atención del Sistema Público de Servicios Sociales. Su titularidad corresponderá a las entidades locales que ejerzan competencias en materia de servicios sociales de conformidad con la legislación vigente. La prestación de estos servicios se realizará en Centros de Servicios Sociales de Atención Primaria que, en el ejercicio de sus competencias organizativas, creen las entidades locales.

Esta misma ley refleja las funciones que tienen los SSAP (artículo 14) así como los programas que estos llevan a cabo (artículo 15)

- Funciones:
  - Ofrecer información, evaluación, diagnóstico y orientación en materia de servicios sociales.
  - Detectar, analizar y valorar las situaciones de necesidad existentes en su ámbito territorial, proporcionando la información necesaria para la planificación en el ámbito local y autonómico.
  - Proporcionar atención y apoyo a la unidad de convivencia en centro y en domicilio.
  - Proporcionar los recursos y medios que faciliten la integración y la participación social de las personas, unidades de convivencia y grupos en la comunidad.
  - Realizar actuaciones preventivas e intervenir en las situaciones de riesgo y de necesidad social del conjunto de la población.
  - Promover medidas de inserción social, laboral y educativa.
  - Ejecutar los programas previstos en el artículo 15.
  - Gestionar, tramitar y desarrollar las prestaciones que les correspondan y, en particular, en los términos de la presente Ley, los servicios de teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio y servicio de comida a



domicilio, para personas que, de acuerdo con la legislación estatal, no tengan reconocida la situación de dependencia.

- Gestionar, tramitar y desarrollar las prestaciones que se les deleguen.
- Colaborar y coordinarse técnicamente con los Servicios Sociales de Atención Especializada.
- Cualesquiera otras previstas en la normativa aplicable.

▪ **Programas:**

- Programa de acogida y orientación social que, dirigido a toda la población, ofrecerá intervención social a las personas que lo precisen.
- Programa de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, que tendrá como objetivo posibilitar su permanencia en el domicilio habitual el máximo tiempo posible.
- Programa de incorporación social, que tendrá como finalidad posibilitar la inclusión social de personas en riesgo o en situación de exclusión social en cualesquiera de sus ámbitos.
- **Programa de atención a la infancia y familia, que tendrá como objetivo la intervención con personas menores de edad y sus familias cuando éstos se encuentren en situaciones de riesgo de desprotección o desprotección moderada para asegurar su normal desarrollo.**

• ***Anexo 2. Programa atención a infancia y familia en riesgo de desprotección y desprotección moderada.***

La Dirección General de Políticas Sociales (2010) determina que entre las actuaciones de este programa se encuentran:

- Intervención individual y/o familiar: tiene por objeto desarrollar el proceso de intervención con los niños, niñas y adolescentes, y sus familias, en riesgo de desprotección o desprotección moderada.

- Servicio de intervención familiar: tiene por objeto mantener a niños, niñas y adolescentes en riesgo de desprotección o en desprotección moderada en el núcleo familiar, capacitando o complementando la actuación de los padres y las madres para atender sus necesidades y dotándoles de los recursos personales y de apoyo necesarios para desarrollarse adecuadamente en un entorno familiar disfuncional.
- Colaboración y coordinación con servicios sociales de atención especializada y con centros y entidades del entorno social, educativo y sanitario: tiene por objeto garantizar la eficacia de las intervenciones del programa, y se desarrolla mediante el establecimiento de sistemas de colaboración y coordinación de los SSAP con los SSAE y otras entidades, que aseguren: Información mutua sobre prestaciones y programas, contactos estables para el seguimiento de la evolución de las personas usuarias, procedimientos de detección, derivación e intervención conjunta.
- Información comunitaria y sensibilización social: tiene por objeto informar y sensibilizar a la población en general y a grupos específicos en particular sobre los derechos y las necesidades de los niños, niñas y adolescentes y la detección de situaciones desprotección infantil.
- Actuaciones de prevención primaria: Son actuaciones que, dirigidas al conjunto de la población, tienen por objeto mejorar la calidad de vida de la infancia y la adolescencia, sus familias y su entorno social, tratando de evitar la aparición de situaciones de desprotección infantil.
- Actuaciones de prevención secundaria: estas actuaciones, dirigidas a grupos específicos de niños, niñas y adolescentes y sus familias, tienen por objeto evitar la aparición de situaciones de desprotección infantil.
- Centro de día para infancia y adolescencia: esta actuación tiene por objeto mantener a niños, niñas y adolescentes en riesgo de desprotección o desprotección moderada en el núcleo familiar proporcionarles un entorno seguro y enriquecedor, una adecuada atención a sus necesidades básicas y la atención especializada de los efectos de la desprotección en los casos en que esta sea necesaria.

- **Anexo 3. Pirámide de Maslow**



Figura 6: pirámide de Maslow. Jerarquía de necesidades. Fuente Wikipedia.

- **Anexo 4. Disciplina inductiva y promoción de la resiliencia.**

En el proyecto marco de centros de día se contemplan ambos conceptos.

- Disciplina inductiva: está basado en dos elementos fundamentales de cualquier relación educativa:
  - La asimetría en los roles: una de las partes (el educador o educadora) es la figura de autoridad sobre la otra (el niño, niña o adolescente), por lo que el hecho educativo no se entiende como una relación entre iguales, ni una negociación, ni una forma democrática de tomar decisiones.
  - La relación educativa: existe una figura de “autoridad” que no renuncia a su rol y un “educando” que reconoce la autoridad de la otra persona y en la que no se da una relación de coerción sino de conducción y orientación, con unos métodos específicos (participación, diálogo, discusión, instrucción, evaluación, refuerzo,...)

Esta forma de disciplina se distingue de otras (autoritaria, negligente, democrática,...) en que se basa en el objetivo último de que cada niño, niña o adolescente construya sus propios valores y aprenda a tener conductas coherentes con ellos, dejando de depender de “tener que obedecer” a las personas adultas.

La aplicación de la disciplina inductiva en los Centros de Día supone en la práctica que:

- Todas las normas deben ser elaboradas, en la medida de lo posible, con la participación del grupo de niños, niñas y adolescentes.
- Las normas no pueden ser el resultado de una pura negociación entre los educadores y educadoras y los niños, niñas y adolescentes. Si finalizado el proceso de elaboración no hay consenso los educadores y educadoras deben asumir la responsabilidad de exigir el cumplimiento de la norma que consideran justa.
- Todas las normas deben basarse en razones y, en todo caso, tener una justificación conocida, al menos, por los educadores y educadoras.
- Las normas, cuando se exigen, deben ser razonadas, siendo acompañadas por una explicación lo más didáctica posible.
- Las razones que se den para justificar una norma deben poner de manifiesto el interés de la norma para la persona que tiene que obedecerla, y no sólo para la persona que la impone.
- Los educadores y educadoras deben estar dispuestos a cambiar la norma, o su aplicación, siempre que haya buenas razones para ello.
- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a discutir la norma y las razones en que se basan, debiendo ser escuchados.
- Los educadores y educadoras y los niños, niñas y adolescentes pueden, y deben, apelar a la coherencia de forma que las normas tengan cierta estabilidad. Esto permite que las normas sean conocidas y las consecuencias predecibles.
- Promoción de la resiliencia: El trabajo educativo en los Centros de Día debe estar enfocado a promover factores de resiliencia en los niños, niñas y adolescente, es decir, dotarles de los recursos personales suficientes para lograr un desarrollo adecuado pese a vivir en entornos familiares disfuncionales.

La resiliencia no debe considerarse como una capacidad estática, sino como el resultado del equilibrio entre factores de riesgo, factores protectores y aspectos concretos de la personalidad, de esta manera un niño, niña o adolescente llega a ser una “persona resiliente”, cuando es capaz de utilizar

los factores protectores de los que dispone para crecer y desarrollarse adecuadamente, llegando a madurar como una persona adulta competente, pese a enfrentarse a situaciones adversas.

Teniendo en cuenta estos planteamientos, la intervención desde los Centros de Día debe situarse a tres niveles:

- Minimizar los factores de riesgo ofreciendo un entorno seguro y estable donde los niños, niñas y adolescentes vean cubiertas sus necesidades.
- Potenciar los factores protectores, siendo el más importante de todos ellos la relación con una persona adulta significativa (el educador o educadora de referencia) que reafirme al niño, niña o adolescente en la confianza en sí mismo, que lo motive y que sea capaz de mostrarle un aceptación incondicional.
- Trabajar, a través de las diferentes actividades y programas, en aspectos de la personalidad como:
  - La competencia social: promoviendo la relación con el grupo de iguales y el desarrollo de comportamientos prosociales, incluyendo el trabajo en habilidades para comunicarse, mostrar empatía y demostrar afecto.
  - La capacidad para la resolución de problemas: fomentando una buena capacidad para la resolución de conflictos, lo que incluye un pensamiento abstracto reflexivo y flexible, así como la posibilidad de intentar soluciones nuevas para problemas conocidos, ya sean cognitivos o sociales.
  - La autonomía: trabajando el sentido de autoeficacia y de la propia identidad, así como la capacidad control interno, autodisciplina y control de los impulsos.
  - El sentido de propósito y de futuro: potenciando factores como las expectativas positivas y saludables, la motivación del logro y el sentido de la anticipación y de la coherencia.

En definitiva, un modelo de promoción de la resiliencia implica un tipo de intervención socioeducativa que promueve procesos que involucran al niño, niña o adolescente y a su entorno, ayudándolo a superar la adversidad (y el riesgo), a adaptarse a la sociedad y a tener una mejor calidad de vida. Por lo

que, antes de iniciar cualquier tipo de intervención, el educador o educadora de referencia deberá responder a las siguientes cuestiones:

1. ¿La intervención es beneficiosa para el niño, niña o adolescente?
2. ¿Mejora los vínculos entre el niño, niña o adolescente y su familia?
3. ¿Mejora los vínculos entre la familia y la comunidad?
4. ¿La intervención favorece la percepción de apoyo que reciben el niño, niña o adolescente y la familia?
5. ¿Mejora el conocimiento de los padres y madres acerca de las necesidades de sus hijos e hijas?
6. ¿Estamos teniendo en cuenta la opinión, deseos, expectativas,... del niño, niña o adolescente?

- ***Anexo 5. Técnicas básicas para el control del comportamiento***

En la Guía Práctica para educadores. El alumno con TDAH (2006) se definen las herramientas más empleadas con estos menores, entre las que aparece:

- Refuerzo positivo: la mejor estrategia para el control de conducta. Consiste en elogiar aquellos comportamientos que queremos que se repitan. Para su aplicación se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:
  - Elogiar conductas muy concretas.
  - Elogiar de forma sincera y verdadera (“se que esto te cuesta, así que enhorabuena”)
  - Utilizar el refuerzo social (felicitación, afecto), pequeños privilegios o pequeños premios.
  
- La extinción: se utiliza para reducir conductas inadaptadas. Consiste en no atender un comportamiento para evitar que se repita, es decir, no prestar atención a la conducta problemática. Para aplicarla hay que considerar:

- Hay que comprobar que no hay ningún factor externo que refuerce esa conducta (por ejemplo que alguien se ría o le incite a repetirla)
- Al principio la conducta aumentará en intensidad y frecuencia ya que busca la atención.
- Tiempo fuera: consiste en retirar al niño a un lugar alejado de estímulos cuando realiza la conducta que queremos que desaparezca. Hay que tener en cuenta:
  - Se puede aplicar en niños de infantil y primaria.
  - Antes de llevarlo a cabo hay que pactar con el niño con que conductas se aplicará.
  - Escoger el lugar idóneo.
  - Se aplicará aproximadamente un minuto por año de edad.
  - Se le aplicará de forma calmada.
  - Una vez terminado el niño puede seguir con la actividad sin mencionar lo ocurrido.

- **Anexo 6. Habilidades parentales.**

Cuadro 1. Conjunto de habilidades requeridas para la tarea vital de ser padres (tomado de Rodrigo et al., 2008)

<b>HABILIDADES</b>	
<b>Habilidades educativas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Calidez y afecto en las relaciones y reconocimiento de los logros evolutivos alcanzados a la medida de sus posibilidades.</li> <li>– Control y supervisión del comportamiento del menor gracias a la comunicación y fomento de la confianza en sus buenas intenciones y capacidades y organización de actividades de ocio con toda la familia.</li> <li>– Estimulación y apoyo al aprendizaje: fomento de la motivación, proporcionar ayuda contingente a las capacidades del menor, planificación de las actividades y tareas, orientación hacia el futuro e implicación en la educación formal (escuela).</li> <li>– Actitud ética ante la vida y educación en valores.</li> <li>– Adaptabilidad a las características del menor: capacidad de observación y flexibilidad para ajustarse a los cambios evolutivos, perspectivismo (capacidad de ponerse en el lugar del otro), autocorrección ante los errores, reflexión sobre la praxis educativa y flexibilidad para aplicar las pautas educativas.</li> <li>– Autoeficacia parental: Percepción de las propias capacidades para llevar a cabo el rol de padres.</li> <li>– Locus de control interno: Percepción de que se tiene control sobre sus vidas y capacidad de cambiar lo que ocurre a su alrededor que deba ser cambiado.</li> </ul>
<b>Habilidades de Agencia parental</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Acuerdo en la pareja: se acuerdan con la pareja los criterios educativos y los comportamientos a seguir con los hijos.</li> <li>– Percepción ajustada del rol parental: Se tiene una idea realista de que la tarea de ser padres implica esfuerzo, tiempo y dedicación.</li> <li>– Reconocimiento de la importancia de los progenitores en el bienestar del menor.</li> </ul>
<b>Habilidades de autonomía personal y búsqueda de apoyo social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Implicación en la tarea educativa.</li> <li>– Responsabilidad ante el bienestar del niño.</li> <li>– Visión positiva del niño y de la familia.</li> <li>– Buscar ayuda de personas significativas con el fin de complementar el rol parental en lugar de sustituirlo o devaluarlo.</li> <li>– Identificar y utilizar los recursos para cubrir las necesidades como padres y como adultos.</li> <li>– Búsqueda de ayuda de personas significativas y/o instituciones cuando tiene problemas personales y/o con los hijos.</li> <li>– Confianza y colaboración con los profesionales e instituciones que les quieren ofrecer apoyo y ayuda.</li> </ul>
<b>Habilidades para la vida personal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Control de los impulsos.</li> <li>– Asertividad.</li> <li>– Autoestima.</li> <li>– Habilidades sociales.</li> <li>– Estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés .</li> <li>– Resolución de conflictos interpersonales.</li> <li>– Capacidad para responder a múltiples tareas y retos.</li> <li>– Planificación y proyecto de vida .</li> <li>– Visión optimista y positiva de la vida y de los problemas y crisis.</li> </ul>
<b>Habilidades de organización doméstica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Administración eficiente de la economía doméstica.</li> <li>– Mantenimiento de la limpieza y orden de la casa.</li> <li>– Higiene y el control de salud de los miembros de la familia.</li> <li>– Preparación regular de comidas saludables.</li> <li>– Arreglos y mantenimiento de la vivienda.</li> </ul>

Figura 7: habilidades parentales.



- **Anexo 7. Fundación CADAH**

La Fundación Cantabria Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad o Fundación CADAH, nace en Diciembre de 2006, ante la inquietud de un grupo de personas por el desconocimiento social del trastorno y la necesidad de su difusión, para que los afectados puedan obtener la ayuda suficiente y necesaria para la superación de su trastorno y evitar que estén expuestos a numerosos riesgos que acompañan al trastorno.

Fundación CADAH es una entidad benéfico-asistencial, sin ánimo de lucro, registrada en el Registro de Fundaciones de la Comunidad Autónoma de Cantabria con el número O.I.I5. que trabaja para ser un referente en la atención a los afectados de TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad), en la relación con las instituciones, los profesionales de la salud, la educación y dar a conocer las necesidades del colectivo al conjunto de la sociedad.

Cuenta con una amplia página web donde encontrar todo tipo de información sobre el tratamiento, diagnóstico, formación, consejos... [www.fundacioncadah.org](http://www.fundacioncadah.org)



Figura 8: logotipo fundación CADAH

#### 4. LISTADO DE REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asociación Elisabeth d'Ornano para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *TDAH: guía breve para padres* (2006). Barcelona: Autor.

Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4<sup>a</sup> ed., Texto rev.). Washington, DC: Autor.

Asociación Estatal de Educación Social. (2007). *Documentos profesionalizadores*. Barcelona: Autor.

Cantabria. Ley 2/2007, de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales. Boletín Oficial de Cantabria, 3 de abril de 2007, núm. 66, p. 4668

*Centros de día para la atención a infancia y adolescencia en riesgo de desprotección y desprotección moderada.*(2009)

<http://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/Proyecto%20marco%20centros%20de%20dia%20de%20infancia.pdf>

Dirección General de Políticas Sociales (2006). *MANUAL DE CANTABRIA. Manual de actuación en situaciones de desprotección infantil en la Comunidad Autónoma de Cantabria*. Cantabria: Autor.

Espina. A y Ortega. A (2005). *Guía práctica para los trastornos de déficit atencional con/sin hiperactividad*. 74 págs. Janssen-Cilag.

Fundación CADAH. *Libro blanco TDAH*.

<http://libroblancotdah.fundacioncadah.org/>

Gándara J, García Soto X.R, Pozo de Castro J (2006). *Despistado, acelerado e inquieto ¿Es hiperactivo? El libro para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Planeta.

Castillo Villar y M<sup>a</sup> D. (2009). *La atención*. Madrid: Pirámide.

María José Martínez Segura (2009). *Características del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*

Martín Sánchez. I (2009). *Test y supuestos prácticos para oposiciones*. Educador Social. Sevilla: MAD.

Mena. B, Nicolau. R, Salat. L, Tort. P, Romero. B. *Guía práctica para educadores. El alumno con TDAH. Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad*.

[http://www.fundacionadana.org/sites/default/files/LIBRO\\_ALUMNO\\_TDAH\\_\(11\)\\_in](http://www.fundacionadana.org/sites/default/files/LIBRO_ALUMNO_TDAH_(11)_in)

dd\_1.pdf (2006)

Munar. E, Rosello. J, Sanchez Cabaco. H (2008). *Atención y percepción*. Madrid: Alianza.

Paulino Castells (2008). *Nunca quieto, siempre distraído. ¿Tendrá TDAH?(trastorno por déficit de atención)*. Madrid: Espasa Calpe