



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

TRABAJO DE FIN DE GRADO:

PROPUESTA PARA TRABAJAR LAS HABILIDADES SOCIOEMOCIONALES EN NIÑOS CON TDAH CON PRESENTACIÓN COMBINADA

Presentado por Cristina Cuéllar Vicente para optar al Grado de Educación Primaria
con Mención en Educación Especial por la Universidad de Valladolid.

CURSO ACADÉMICO: 2014/2015

Tutora académica: Dra. Noelia García González.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, me gustaría dar las gracias a todos aquellos profesores que durante el Grado en el Educación Infantil y el Grado en Educación Primaria me han enseñado a comprender y valorar mi futura profesión desde múltiples perspectivas. Ellos han sido mi motivación y mi punto de referencia para poder lograr mis metas.

En segundo lugar, el presente trabajo no hubiera sido posible sin la tutela, interés, orientación y ayuda de la Dra. Noelia García González.

Para finalizar, el apoyo incondicional de mi familia y amigos a lo largo de toda mi formación y durante todo el proceso de elaboración del Trabajo Fin de Grado, han hecho que haya podido llegar hasta aquí y que, poco a poco, esté más cerca de poder cumplir mi sueño de ser maestra.

Cristina Cuéllar Vicente

RESUMEN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), frecuentemente presenta trastornos o síntomas asociados, como es un bajo funcionamiento socioemocional. Este trabajo es una propuesta educativa para el desarrollo de las habilidades socioemocionales de los niños con TDAH con presentación combinada que se encuentren escolarizados en el primer, segundo o tercer nivel de Educación Primaria de un centro educativo ordinario. En ella, se integran contenidos de las diversas habilidades socioemocionales y diferentes enfoques metodológicos que tratan de satisfacer los ritmos de aprendizaje y habilidades del alumno. Se destaca la importancia de trabajar dichas habilidades en los niños con TDAH y la integración positiva del alumno en el aula, como punto de partida para una adecuada intervención educativa.

Palabras clave: TDAH, niños, trastorno, comorbilidad, habilidades sociales e inteligencia emocional.

ABSTRACT

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) often presents disorders or associated medical symptoms, as low socio-emotional performance. This work is an educational proposal which focus on the development of the socio-emotional skills during the first, second and third year of primary school of the children suffering from ADHD combined subtype. The following dissertation presents a methodological approach to the different kind of social and emotional skills previously mentioned, which tries to satisfy both the learning speed and the special needs of the student. Also, this thesis outline the strong importance of working on those special needs in order to achieve the positive integration of the children in the classrooms, defending this idea as an starting point for a proper educational intervention.

Keywords: ADHD, children, disorder, comorbidity, social skills and emotional intelligence.

ÍNDICE

Introducción	1
1. Justificación	2
2. Fundamentación teórica	
2.1 - Antecedentes	4
2.2 - Delimitación del concepto	6
2.2.1- Prevalencia	7
2.2.2- Etiología	8
2.3 - Sintomatología y comorbilidad	9
2.4 - Evaluación y diagnóstico	11
2.5 - Tratamiento e intervención	14
3. Desarrollo del proyecto	
3.1 - Objetivos	22
3.2 - Hipótesis	22
3.3 - Procedimiento	23
3.4 - Diseño del programa	25
3.4.1 - Destinatarios	25
3.4.2 - Temporalización	25
3.4.3 - Metodología y pautas de actuación	26
3.4.4 - Sesiones	29
3.4.5 - Coordinación y seguimiento de la propuesta	35
3.4.6 - Evaluación	35
4. Contexto	37
5. Conclusión	38
Referencias	41
Apéndices	
Apéndice I	46
Apéndice II	47
Apéndice III	48
Apéndice IV	49
Apéndice V	52
Apéndice VI	53
Apéndice VII	54

Apéndice VIII	60
Apéndice IX	61
Apéndice X	62
Apéndice XI	65
Apéndice XII	66
Apéndice XIII	67
Apéndice XIV	68

INTRODUCCIÓN

Este Trabajo Fin de Grado versa sobre una propuesta de intervención educativa destinada al alumnado con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (en adelante TDAH) con presentación combinada que se encuentre cursando el primer, segundo o tercer nivel de Educación Primaria. Esta propuesta no se ha podido poner en práctica, por lo que se desconoce su repercusión y las posibles mejoras de la misma. Si bien es cierto, en un futuro se espera poder desarrollarla y evaluarla en un grupo que reúna estas características.

Dicha propuesta pretende potenciar la inteligencia emocional (en adelante IE) y las habilidades sociales (en adelante HHSS) de los escolares con TDAH con presentación combinada, puesto que ambos suelen ser aspectos deficitarios o que precisen de mejora en estos niños y niñas (en adelante se utilizará el género masculino para referirnos a ambos sexos). Todo ello, se realizaría mediante un conjunto de actividades individuales para trabajar de forma específica con el alumno, y mediante actividades grupales en el aula para poner en práctica todo lo aprendido, considerándose además que dichas actividades grupales pueden ser beneficiosas en mayor o menor medida para el conjunto de la clase.

De esta manera, el eje central del trabajo ha sido la mejora de las habilidades sociales y emocionales de los niños con TDAH, trastorno de especial relevancia y trascendencia actual en las aulas y que se ha estudiado en repetidas ocasiones a lo largo del Grado y de la Mención en Educación Especial. Así pues, el trabajo se ha dividido en diferentes apartados que tratan de satisfacer su adecuada comprensión.

Para comenzar, se ha realizado una enumeración de aquellos objetivos generales a los que se pretende dar respuesta y, a continuación, se ha expuesto una justificación de la temática elegida y una fundamentación teórica en la que se muestra su evolución a lo largo de la historia, su delimitación del concepto (marcándose su etiología y prevalencia), sus síntomas nucleares y aquellos síntomas o trastornos asociados, la forma de evaluarlo y diagnosticarlo, y las posibles maneras de intervenir sobre el mismo.

Para finalizar, se han especificado los objetivos de la propuesta, así como el procedimiento que se ha seguido para su diseño y las hipótesis que se pretenden alcanzar si se llevase a cabo. Igualmente, en el diseño del programa se exponen los destinatarios, la temporalización, la metodología, la evaluación y las sesiones del mismo. En última instancia, se expone una reflexión final acerca del trabajo y la propuesta desarrollada.

1. JUSTIFICACIÓN

La elección de la presente propuesta está motivada como consecuencia del elevado aumento de la incidencia del TDAH en nuestra sociedad, y su alta prevalencia en los centros escolares. Así se ha visto la necesidad de clarificar su definición y proponer una adecuada intervención en el aula. Dicho trastorno afecta no sólo a la persona que lo presenta, sino también al contexto o ambiente en el que se desenvuelve dicha persona, de ahí la importancia de que como futuros educadores tengamos conocimientos acerca del trastorno y seamos capaces de entenderlo para atender a sus demandas. En este sentido, se destaca la necesidad de diferenciar a los alumnos con TDAH de aquellos que presentan una personalidad inquieta o movida, puesto que los primeros precisaran de una intervención más especializada e individualizada.

En la actualidad contamos con numerosos protocolos, pautas de intervención y multitud de artículos, publicaciones y libros sobre el TDAH, por ello hemos de ser críticos con toda esta información, contrastarla y evaluarla con el fin de optimizar nuestros conocimientos y saber qué hacer y cómo actuar con este tipo de alumnado. De esta manera, se hace relevante la elaboración de trabajos de investigación y propuestas de intervención que clarifiquen la forma de proceder en el aula. Dichos trabajos deberán estar basados y fundamentados en estudios previos de especial relevancia científica y educativa con el fin de aglutinar la información más relevante, tanto histórica como actual.

Como se observará a lo largo del trabajo, los niños con TDAH con presentación combinada, suelen tener graves dificultades en lo referente a las habilidades sociales y a la inteligencia emocional. Por una parte, en lo relativo a las habilidades sociales, Puentes, et al. (2014), destacan que estos niños obtienen una puntuación más reducida en diferentes habilidades sociales, como son escuchar, esperar turnos, reconocer señales sociales y tener capacidad de adaptabilidad. A su vez, presentan otras habilidades, entre las que se encuentra el compañerismo, que pueden ser tomadas de referente para plantear la intervención y potenciar la adquisición de habilidades sociales positivas. Conjuntamente, Orjales (2005), establece que los niños con este trastorno suelen manifestar un comportamiento e interés más infantil e inmaduro, baja tolerancia a la frustración y reacción exagerada ante hechos sin importancia, lo que provoca que no encajen con los niños de su edad.

Por otra parte, en lo referido a la inteligencia emocional, Shaw, Stringaris, Nigg y Leibenluft (2014), señalan que la desregulación emocional se da habitualmente en las personas con TDAH como consecuencia de su dificultad para prestar atención o reconocer los diferentes estímulos emocionales. Así, se hace necesario un nuevo enfoque que englobe el conjunto de actividades más representativas que potencien estos ámbitos.

Al mismo tiempo, esta propuesta está enmarcada e inmersa dentro de la actual Ley Orgánica de la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE, 2013), la cual en su art. 71.2 contempla el TDAH como una necesidad específica de apoyo educativo. Además su importancia se destaca en las asignaturas cursadas y en las competencias de la titulación, señalándose en la tercera competencia la importancia de desarrollar la capacidad de diseñar, planificar, adaptar y evaluar procesos de enseñanza-aprendizaje para el alumnado con necesidades educativas específicas.

Por todo ello, se ha creído pertinente la realización de un trabajo que satisfaga los intereses expuestos, relacionados íntimamente con el Grado en Educación Primaria con mención en Educación Especial y la realidad social imperante en nuestros días. Así, este Trabajo Fin de Grado lleva intrínseco la adquisición de unos objetivos generales que tratan de satisfacer el porqué y el para qué de la propuesta de intervención. Dichos objetivos se concretan a continuación:

- a) Investigar acerca del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad para conocer su evolución histórica, su concepción actual, sus características y sus síntomas o trastornos asociados.
- b) Analizar las diferentes formas o propuestas de intervención sobre el trastorno y seleccionar las más idóneas para la práctica docente.
- c) Asumir la importancia de plantear a los centros educativos una propuesta de intervención para potenciar las habilidades sociales y la inteligencia emocional en niños con TDAH de primer, segundo y tercer nivel de la Educación Primaria.
- d) Mejorar las habilidades sociales de los niños con TDAH mediante una propuesta de intervención que permita potenciar las relaciones interpersonales y la aceptación de las normas en su entorno educativo.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1 - ANTECEDENTES

Se ha realizado una revisión histórica acerca de la conceptualización y terminología sobre el TDAH, dada su influencia en las consideraciones actuales del trastorno y con la finalidad de apreciar los cambios evolutivos sociales y científicos acontecidos. A modo de ejemplo, se ha podido comprobar como concepciones como la disfunción cerebral mínima han provocado la búsqueda de las bases neurobiológicas del trastorno fomentando la investigación psicofarmacológica (Pelayo, Trabajo y Zapico, 2012).

Igualmente, se ha evidenciado la existencia de referencias anecdóticas descriptoras de comportamientos propios del TDAH en textos con más de 200 años de antigüedad, y se ha llegado al acuerdo de que la primera definición clínica acerca de la sintomatología propia del trastorno fue realizada en 1902 por el pediatra británico Still, quien lo catalogó como un *“déficit de control moral”*.

Desde entonces, se han producido múltiples variaciones acerca de su denominación, sintomatología, etiología, diagnóstico y tratamiento. Un hito importante de su progreso se produjo entre 1917 y 1918 al producirse una epidemia de encefalitis, cuya relación con el TDAH se le denominó *“trastorno conductual postencefalítico”*. Más adelante, en 1932, Kramer y Pollnow hablarían de un *“síndrome hiperkinético de la infancia”* y en 1962 Clements y Peters se referirían a una *“disfunción cerebral mínima”*.

Además, cabe mencionar las diferentes conceptualizaciones que se han dado en las diversas ediciones del DSM y CIE hasta llegar a incluir el TDAH dentro de los trastornos del neurodesarrollo y su consideración como *“Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad”*.

A continuación se ofrece una tabla resumen (véase tabla 1) que recoge lo anteriormente expuesto, gracias a las aportaciones de Pelayo, et al. (2012), Ramos (1987) y Soutullo y Díez (2007).

Tabla 1: Resumen sobre la evolución histórica del TDAH (Elaboración propia, 2015).

AÑO	HITOS REPRESENTATIVOS
...	Un <i>talmud babilónico</i> relata la historia de un niño incapaz de concentrarse y aprender.
1670	“ <i>Thevillagescholl</i> ” (J. Steen) cuadro que muestra unos niños con criterios de hiperactividad.
1798	Crichton, investigando las causas de la enajenación mental, define la atención y sus trastornos.
1809	Haslam, describe un niño de 10 años consentido, travieso, incontrolable y con baja atención.
1812	Rush habla de un defecto constitucional de control en las funciones morales de la mente.
1865	Hoffman en su libro “ <i>Der Struwwelpeter</i> ” incluye a un niño llamado Phil al que describe como inquieto, impulsivo, inatento, etc. reflejo de comportamientos de niños con TDAH.
1902	Still, pediatra británico primero en describir clínicamente el trastorno valorándolo como un “ <i>déficit de control moral</i> ”, descubre niños con problemas de atención sostenida y de memoria, poca inhibición y dificultad para regular el comportamiento.
1917- 1918	Epidemia de encefalitis que ocasionó alteraciones conductuales y cognitivas en algunos niños, acompañadas de hiperactividad e impulsividad: “ <i>Trastorno conductual postencefalítico</i> ”.
1932	Kramer y Pollnow definieron el “ <i>Síndrome hiperkinético de la infancia</i> ” por la inquietud motora y la inclusión de síntomas del TDAH (hiperactividad, inatención e impulsividad). La terminología hiperkinética y la etiología orgánica influenciaron a la psiquiatría europea.
1937	Bradley publica artículos sobre la influencia positiva de algunos derivados de la anfetamina en el tratamiento de síntomas de hiperactividad: “ <i>Síndrome del daño cerebral</i> ”.
1950- 1970	“ <i>Daño cerebral mínimo</i> ”, “ <i>Disfunción cerebral mínima</i> ”, “ <i>Trastorno hiperkinético impulsivo</i> ”, “ <i>Síndrome Hiperkinético</i> ” y “ <i>Reacción Hiperkinética de la infancia</i> ”.
1967- 1968	Primeros estudios comparativos para el tratamiento con psicofármacos de niños hiperkinéticos. El DSM-II introdujo el concepto de hiperactividad.
1970- 1990	“ <i>Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad</i> ” (TDA ±H). Incluyendo impulsividad, inatención, baja tolerancia a la frustración, agresividad y distractibilidad. En el DSM-III (1980) se reconoce su origen biológico o genético y su edición revisada reune los síntomas en el “ <i>Trastorno por déficit de atención- Hiperactividad</i> ”.
1990 - 2014	DSM-IV (1994): “ <i>Trastorno por déficit de atención e hiperactividad</i> ” distinguiendo tres subtipos: inatento, hiperactivo-impulsivo y combinado. Lo sitúa dentro de los trastornos mentales, dentro del apartado de trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador. DSM-IV-TR (2000). El TDAH se sitúa dentro de los trastornos del comportamiento, enfatizándose las diferencias entre los subtipos. El DSM-5 (2013), cambió la categorización, pues lo sitúa dentro de los trastornos del neurodesarrollo. Se elimina el TEA como criterio de exclusión y se cambian los subtipos del TDAH por especificadores o presentaciones clínicas.

2.2 - DELIMITACIÓN DEL CONCEPTO

Como se ha podido observar en la tabla 1, desde que Still en 1902 diese la primera definición clínica del trastorno, la terminología del TDAH ha sufrido constantes variaciones a lo largo de la historia hasta llegar a las definiciones actuales del concepto. Se van a destacar algunas de las definiciones vigentes más representativas.

Según Pascual-Castroviejo (2009), el TDAH se entiende como un trastorno que consta de un cuadro muy complejo, que se manifiesta con mayor intensidad en las primeras etapas y que se puede presentar con grandes variaciones a lo largo de su vida, en lo referente a sus expresiones clínicas y repercusiones individuales y sociales. Dicho cuadro, estaría caracterizado por una tendencia a la distracción, dificultad para mantener la atención, personalidad dispersa y desorganizada, hipercinesia e impulsividad.

Se ha de prestar especial atención a las aportaciones de Barkley (1999), quien dispone un modelo basado en disfunciones ejecutivas para explicar los déficits cognitivos y los patrones conductuales. Barkley (2002), define el TDAH como una anomalía en el desarrollo del autocontrol, que comprende alteraciones atencionales, de control de impulsos y del nivel de actividad. Todo ello, conllevaría problemas en la memoria de trabajo, la internalización del lenguaje, la autorregulación del afecto, la motivación y el rendimiento.

Más adelante, Barkley, et al. (2008), tomando como referencia el DSM-IV-TR (2000), exponen que se trata de un:

Trastorno del comportamiento, normalmente diagnosticado en la infancia, se caracteriza por la falta de atención, impulsividad e inquietud motora (hiperkinesia). Estos síntomas suelen aparecer juntos, aunque pueden aparecer en diferente frecuencia e intensidad y deben mantenerse al menos durante seis meses. Así como deben aparecer/manifestarse al menos en dos ambientes/contextos habituales del sujeto (p. 185).

En última instancia, la Asociación Americana de Psiquiatría (en adelante APA, 2014), delimita el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad como un trastorno del desarrollo neurológico que consta de un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que obstaculiza el funcionamiento o el desarrollo adecuado del individuo. Se detallan nueve síntomas de inatención y nueve de hiperactividad e

impulsividad, manifiestos antes de los 12 años y presentes en dos o más contextos, que influirán directamente en las actividades sociales y académicas/laborales.

2.2.1 - PREVALENCIA:

El TDAH está considerado como uno de los trastornos psiquiátricos más comunes en la etapa infanto-juvenil, ocasionando consecuencias cada vez mayores en los contextos familiar, educativo, social y sanitario (Vega, 2012). Tanto es así que su prevalencia en los escolares de EE.UU. y Europa se estima entre un 3% y un 7%, afectando de forma preferente a los varones. Asimismo, de entre estos escolares, hasta un 60% podrían desarrollar los síntomas durante la adultez, datos que también corroboran las aportaciones de Mabres, et al. (2012) y Matthews, Nigg y Fair (2014), con la diferencia de que estos últimos establecen la tasa actual en el 5% para los niños entre 4 y 17 años.

Wenlan, Yasong, Xiangyang y Coghill (2014), se sirven de los criterios diagnósticos del DSM-IV, para mostrar una prevalencia del 4,6% en la que sobresale el TDAH con predominio inatento sobre el TDAH con presentación combinada y este sobre el TDAH con predominio hiperactivo. De su estudio se concluye que el TDAH es mucho más común entre los 7 y 10 años y está más extendido entre los niños (6,6%) que entre las niñas (2,7%), debido, en parte, a la influencia de factores sociales y culturales.

Otros autores, como Navarro, Meléndez, Sales y Sancerni (2012), establecen que dicho trastorno predomina en la etapa infantil, siendo más común en el género masculino que en el género femenino. De manera global, se indica como los trastornos externalizantes son más típicos en los varones, mientras que en las mujeres preponderan los trastornos internalizantes.

En definitiva, la mayoría de estudios consultados catalogan el trastorno como uno de los que tienen mayor incidencia entre la población infantil y juvenil y determinan que afecta en mayor medida al género masculino, si bien es cierto, estudios más recientes están igualando la prevalencia en ambos sexos. Al mismo tiempo, en las diferentes investigaciones se observan distintos grados de prevalencia del TDAH, lo que puede deberse al uso de diferentes criterios diagnósticos, test, pruebas, etc., para efectuar su evaluación.

2.2.2 - ETIOLOGÍA:

Diversos estudios califican de compleja la etiología del trastorno, debido a su dependencia multicausal. Zapico y Pelayo (2012), explican el TDAH como un constructo de una compleja etiología multifactorial en la que prepondera la corriente neurobiológica, defensora de una alteración neuropsicológica producida por factores genéticos y adquiridos, por encima de los factores sociales y familiares.

Según Parellada (2009), se observan en gran medida factores biológicos, entre los que se encuentran principalmente causas hereditarias o genéticas y un déficit en las funciones ejecutivas, en concreto en las funciones cognitivas que posibilitan resolver problemas, jerarquizar y planificar hacia el futuro (memoria de trabajo, inhibición de la respuesta y mecanismos básicos de procesamiento de la información). Asimismo, hay estudios de neuroimagen estructural que refieren alteraciones anatómico-funcionales y se han desarrollado investigaciones psicobiológicas, que sugieren la existencia de diferentes trayectorias causales que convergen en alteraciones fisiopatológicas de los circuitos cerebrales que acarrearían el trastorno.

Numerosos estudios continúan considerándolo como un trastorno potencialmente hereditario o genético. Actualmente, según Thapar, Cooper, Eyre y Langley (2013), disponemos de nuevas tecnologías que posibilitan representar más detalladamente las variaciones genéticas en el TDAH. Se destaca la inexistencia de un estudio que muestre alguna variación genética que supere el umbral estadístico pertinente, aunque sobresalen aquellas variaciones provocadas por anomalías cromosómicas y/o por los genes transportadores de dopamina y serotonina.

A pesar de ello, tanto factores hereditarios como no hereditarios, entre los que se incluyen los riesgos ambientales y los eventos fortuitos, pueden estar implicados y deben de ser analizados detenidamente. Se pone de manifiesto, como los antecedentes familiares de TDAH y/o del desarrollo neurológico o problemas de aprendizaje y diferentes factores ambientales pueden actuar como factores de riesgo del TDAH sin ser causas directas del mismo (Parellada, 2009; Thapar, Cooper, Jefferies y Stergiakouli, 2012).

Los factores ambientales de riesgo, según Thapar, et al. (2013), podrán ser factores pre- y perinatales (tabaco, alcohol, stress materno, prematuridad y bajo peso al nacer), toxinas ambientales (pesticidas, policlorados bifenilos y plomo), factores dietéticos (déficits o excedentes nutricionales) y adversidades psicosociales, entre las que se encuentran la

adversidad familiar, los bajos ingresos, la hostilidad entre padres e hijos y la privación afectiva temprana severa. De esta forma, se pueden dar factores protectores, como un buen clima familiar, o factores de riesgo, como problemas emocionales y adaptativos (Parellada, 2009).

2.3 – SINTOMATOLOGÍA Y COMORBILIDAD

Como ya se ha mencionado, los síntomas nucleares del TDAH son: inatención, hiperactividad e impulsividad. Estos síntomas afectaran en gran medida a las áreas cognitiva, académica, familiar, conductual y social del desarrollo del niño (Hidalgo y Sánchez, 2014).

Según Hidalgo y Sánchez (2014) y Pelayo, et al. (2012), la *inatención* se caracterizaría por la dificultad para mantener la atención o distracción ante estímulos nuevos, lo cual ocasionaría una dificultad para terminar sus actividades o tareas. De esta forma, el niño presta fácilmente atención en las tareas de su agrado, pero le cuesta atender explicaciones nuevas y/o rutinarias. La *hiperactividad* haría referencia al exceso de actividad motora y/o cognitiva sin una finalidad específica, y la *impulsividad* a su dificultad para controlar sus emociones, pensamientos y acciones antes de ejecutarlas.

Tal y como indica la Federación Española de asociaciones para la Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH, s.f.) sus problemas de concentración o trabajo en equipo le pueden ocasionar baja autoestima y rechazo a sí mismo. A grandes rasgos, la inatención se relacionaría con las dificultades académicas o de logro de objetivos, y la hiperactividad e impulsividad con los trastornos conductuales, problemas psiquiátricos y déficits en habilidades socioemocionales. No obstante, según Parellada (2009), se pueden dar otros síntomas asociados al trastorno, síntomas secundarios a su evolución o trastornos comórbidos. Entre los síntomas asociados se destacan: falta de perseverancia, dificultad en el manejo del tiempo, desorganización, desobediencia e inmadurez emocional. Además se incluyen aquellos que se pueden evitar con una adecuada atención temprana, como son: los problemas de comportamiento, problemas familiares, fracaso escolar, problemas sociales y baja autoestima, los cuales se incluyen tanto en los síntomas asociados como en los secundarios.

La comorbilidad, según Hervás y Durán (2014), conlleva “la presencia de dos o más condiciones nosológicas simultáneas”, y en el TDAH la presencia comórbida de otros

trastornos se da en un alto porcentaje de los casos. Esto implica un peor funcionamiento y pronóstico, especialmente en aquellos casos en los que es múltiple. Dentro de los trastornos comórbidos sobresaldrían: trastorno desafiante-oposicional, trastornos de ansiedad, alteraciones de conducta (Trastorno de Conducta y Trastorno Negativista Desafiante), trastorno de tics, trastornos afectivos unipolares o bipolares, trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, abuso de drogas, trastorno en el desarrollo de la coordinación y trastornos específicos del desarrollo y del aprendizaje.

Yüce, Zoroglu, Ceylan, Kandemir y Karabekiroglu (2013), concluyeron que el TDAH ha se ser investigado apropiadamente junto a sus enfermedades psiquiátricas acompañantes, pues en la mayoría de ocasiones se presenta al menos junto a un diagnóstico psiquiátrico comórbido. Dichos autores, añaden los trastornos de la eliminación, como son la enuresis y la encopresis, a la clasificación nombrada anteriormente (véase apéndice I).

Poniendo en relación los trastornos comórbidos anteriores con las presentaciones clínicas de TDAH, Acosta, et al. (2008), determinaron que los trastornos internos (ansiedad y depresión), y los trastornos externos de oposición desafiante preponderan en el TDAH con presentación combinada y en el TDAH con predominio inatento, mientras que el desorden de conducta prevalece únicamente en TDAH con presentación combinada.

Al establecer una conexión entre los trastornos comórbidos y las habilidades sociales y emocionales de los niños con TDAH, Harada, Yamazaki y Saitoh (2002) subrayan que la comorbilidad del TDAH con el trastorno de oposición desafiante, incrementa la posibilidad de sufrir rechazo social, problemas de amistades y problemas escolares. En este ámbito, López y Romero (2013), exponen que el rechazo social y los problemas de amistades y escolares se podrán dar en cualquier subtipo de TDAH. Además, establecen que la dificultad para las relaciones con otros niños y adultos estaría motivada por la desinhibición, las alteraciones conductuales, la inatención y el comportamiento impulsivo. Por ejemplo, les cuesta participar en tareas colectivas, interrumpen el juego, molestan a sus compañeros y cometen muchos fallos, lo que conlleva a una retroalimentación negativa, rechazo y aislamiento social.

Asimismo, algunos suelen presentar baja autoestima, baja autoeficacia, inestabilidad y labilidad emocional. De esta manera, suelen pensar que fallan constantemente, están acostumbrados a recibir críticas, desconociendo el porqué de las mismas y no saben cómo

cambiar esta situación. Todo ello repercute en que estos niños puedan desarrollar problemas sociales y conductuales al incumplir las pautas establecidas.

Conjuntamente a los aspectos negativos subrayados, pueden observarse aspectos positivos en las personas con TDAH, como son: el entusiasmo, la apertura a nuevas ideas, el sentido del humor, la creatividad y la energía. Por ello, una adecuada intervención ha de tener presentes dichos aspectos, potenciándolos y compensando los aspectos negativos.

2.4 – EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Para efectuar el proceso de evaluación existen multitud de instrumentos, escalas o pruebas estandarizadas que nos ayudaran a determinar si se cumplen o no los criterios diagnósticos del DSM-5 (2014). Su valoración permitirá organizar la información del niño, padres, educadores y de los diferentes profesionales implicados, con la finalidad de detectar los síntomas para determinar la intervención, el tratamiento y el seguimiento pertinente.

Entre estas escalas encontramos las denominadas de amplio espectro, es decir, aquellas que evalúan el comportamiento general y el funcionamiento psicosocial. También están las denominadas escalas específicas para el TDAH, entre ellas las más comunes serían la Escala de CONNERS para jóvenes, la ECI (Escala del Comportamiento Infantil), la Escala de BROWN para el TDAH, la EDAH (Escala por Déficit de Atención por Hiperactividad) y la SNAP-IV (Parellada, 2009).

Dentro de la evaluación específica del TDAH, Láz, Requejo, Silvano y Velasco (2009), colaboraron en la creación de un protocolo de coordinación centro educativo/centro sanitario, para la evaluación y detección de los alumnos con TDAH en Castilla y León. Estos autores acentúan que se ha de utilizar la prueba de CONNERS para padres y profesores, la escala DU PAUL para padres y profesores, la SNAP IV, la entrevista con la familia y profesores y la observación del alumno/a en el aula. Al mismo tiempo, proponen un algoritmo para facilitar la detección temprana de TDAH (véase apéndice II).

Además se ha de contemplar que durante todo este proceso se tendrán en cuenta aspectos cognitivos, conductuales, sociales, académicos, contextuales y otros relacionados con informes de otras entidades o salud mental. Igualmente se emplearán pruebas no estandarizadas como las entrevistas individuales o grupales, los sociogramas y la observación.

Como concluyen Fernández, et al. (2010), se tratará de un proceso complejo y fundamentado en la evaluación clínica y psicopedagógica llevada a cabo por profesionales especializados, los cuales tendrán en cuenta las aportaciones realizadas por el niño (entrevistas, observaciones conductuales, test de inteligencia, escalas de atención...), la familia (entrevistas, cuestionarios, inventario de TDAH...) y la escuela (observación y descripción de conductas e informe escolar).

Posteriormente a la evaluación se ha de realizar el diagnóstico. Para ello, en el TDAH se utilizan principalmente dos sistemas: el primero es el respaldado por la APA, actualmente indicado en el DSM-5 (2014); mientras que el segundo es aquel amparado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y que se presenta en el CIE-10 (2001). Entre ambos sistemas existen diferencias significativas en la comprensión del trastorno y que conllevan diferentes prevalencias, diagnósticos y tratamientos en un país u otro (Soutullo y Díez, 2007). Sin embargo, para distinguir los criterios diagnósticos del TDAH nos regiremos únicamente por el DSM-5 (2014), debido a su gran aceptación mundial y a su mayor actualidad respecto al CIE-10 (2001).

De este modo, dicho manual distribuye los síntomas en dos grandes grupos: síntomas de inatención y síntomas hiperactivo-impulsivos, lo que desemboca en los diversos subtipos diagnósticos. Para alcanzar la categoría diagnóstica las personas menores de 17 años deben presentar al menos seis de los síntomas listados durante al menos seis meses. En cambio, las personas que tengan 17 o más años únicamente precisan de la presencia de cinco síntomas. Todos ellos se han de manifestar antes de los doce años, con una intensidad desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo, y no han de ser secundarios a otros trastornos.

Así, la APA (2014) establece los siguientes síntomas para determinar el subtipo diagnóstico que presenta el paciente, los cuales conllevaran una u otra clasificación.

A. Síntomas de inatención:

- a) Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).

- b) Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).
- c) Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
- d) Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
- e) Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).
- f) Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
- g) Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, etc.).
- h) Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- i) Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

B. Síntomas de hiperactividad e impulsividad:

- a) Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- b) Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
- c) Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto).

- d) Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- e) Con frecuencia está "ocupado," actuando como si "lo impulsará un motor" (p. ej., es incapaz de estar quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones).
- f) Con frecuencia habla excesivamente.
- g) Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).
- h) Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).
- i) Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso).

Una vez diagnosticado, el paciente puede adscribirse a uno de los tres subtipos, según la sintomatología predominante. Así pues, pertenecerá al subtipo de *presentación predominante con falta de atención* si únicamente se cumple el criterio de inatención, al subtipo de *presentación predominante hiperactiva/impulsiva* si solo se cumple el criterio de hiperactividad-impulsividad y al subtipo de *presentación combinada* si se cumplen ambos criterios. Los síntomas, en todos ellos, han de estar presentes durante los últimos 6 meses.

También, se ha de especificar si el trastorno se encuentra o no en remisión parcial, es decir, si a pesar de que antes se daban todos los criterios, en los últimos 6 meses no se satisfacen todos ellos y los síntomas continúan dañando los ámbitos social, académico o laboral. Asimismo, se ha de señalar el nivel de gravedad, valorando como *leve* cuando sólo se dan los síntomas necesarios para el diagnóstico, deteriorando mínimamente la función socio-laboral, como *moderado* si los síntomas están entre leve-grave y como *grave* si hallamos muchos más síntomas de los necesarios para el diagnóstico o varios síntomas especialmente graves que acarrear deterioros significativos en el funcionamiento social o laboral.

2.5 – TRATAMIENTO E INTERVENCIÓN

Como ya se ha mencionado, la comorbilidad en el TDAH es la pieza clave sobre la que debe girar su diagnóstico, por lo tanto su intervención y tratamiento deben ser integrales y contemplar la psicoeducación con padres, familia, profesores y entorno escolar (Caupena y Contel, 2009). La familia debe ser formada sobre el trastorno a través de servicios de apoyo y atención destinados al niño y a su entorno, así será tomada como punto de partida de la

intervención (Foley, 2011). Según explica Lasa (2007), algunas funciones vinculadas al TDAH, como son la regulación emocional y afectiva, la conducta y la personalidad, están sujetas a la interconexión entre el entorno familiar y los genes propios de cada individuo.

De este modo, la intervención siempre ha de realizarse lo más tempranamente posible debido a la plasticidad cerebral infantil y ha de entenderse desde una vertiente temporal, puesto que requerirá una intervención prolongada en el tiempo de cara a una correcta planificación. Así, existirán dos vertientes en la intervención sobre el TDAH: por una parte, el tratamiento farmacológico destinado al control o mejora de los síntomas nucleares y, por otra parte, el tratamiento no farmacológico que trata de orientar a padres y docentes en la comprensión y atención del niño.

En lo referente al *tratamiento farmacológico*, Loro, et al. (2009) exponen que los medicamentos comercializados con mayor aceptación son: el metilfenidato, es decir, un psicoestimulante encargado de aumentar la disponibilidad de dopamina, y la atomoxetina, agente neurotónico que impide selectivamente la absorción de noradrenalina. Delgado, Rubiales, Etchepareborda, Bakker y Bernado (2012) subrayan que actualmente existen diferentes tipos de fármacos en función de la rapidez con la que atraviesan la barrera hematoencefálica, así entre aquellos cuyo principio activo es el metilfenidato, los habrá de liberación inmediata como el Rubifén, de liberación intermedia como el Medikinet y de liberación prolongada como el Concerta.

Estos medicamentos pueden ocasionar efectos secundarios dependiendo de la dosis con la que se administren, así se pueden producir: pérdida de peso, ansiedad, insomnio, taquicardia, cefaleas, etc. Por todo ello, según Loro, et al. (2009), será el clínico, con el apoyo de la familia del niño, el que determine el tipo de fármaco más adecuado para mitigar los efectos que le produce el TDAH, teniendo en cuenta que el uso de estos tratamientos es casi siempre recomendado pero nunca suficiente.

Como alternativa al tratamiento farmacológico, existen otro tipo de *tratamientos no farmacológicos* que han sido catalogados dentro de las tipologías de intervenciones psicológicas, psicopedagógicas, psicosociales, psicoeducación, etc. Este tratamiento se podrá desarrollar de forma unitaria si los síntomas del trastorno son leves o no producen deterioro significativo, si el diagnóstico es incompleto o parcial, y/o si la familia rechaza el tratamiento farmacológico. Entre este tipo de intervenciones se destacan:

A. Los *tratamientos psicosociales*, en relación a la formación de familias, trabajan por un lado el entrenamiento en técnicas de condicionamiento operante y manejo de contingencias, y por otro lado la solución de problemas. La *intervención con la familia* mejora los efectos del tratamiento, y se podrá realizar a través de terapias familiares o a través de la escuela de padres. (Valls, et al., 2015). Loro, et al. (2009), definen los tratamientos psicosociales como *psicoterapia*, y la recomiendan en situaciones estresantes para el niño, familia y/o en personas diagnosticadas de forma tardía.

Entre los tratamientos referidos al niño, según Delgado, et al. (2012), y Antonio Vallés, Consol Vallés y Alfred Vallés (2013), estarían aquellos que se realizan de forma individual para estimular y optimizar las habilidades emocionales, de comunicación, sociales y cognitivas del niño, y los tratamientos grupales. Estos últimos, entre otros aspectos, se centran en trabajar las HHSS y las conductas morales del niño en un contexto controlado. Se va a profundizar en estos aspectos, debido a que el objetivo principal de la propuesta se basará en desarrollar y mejorar las habilidades sociales y en trabajar la inteligencia emocional en niños con TDAH con presentación combinada.

I. Las *habilidades sociales* se definirían como el conjunto de conductas y destrezas aprendidas que nos posibilitan interactuar con otras personas de un modo adecuado a la situación o contexto y obteniendo un beneficio mutuo (Izuzquiza y Azpeitia, 2013). Según Monjas y de la Paz (2000), “la conducta interpersonal se aprende y, por tanto, puede enseñarse y modificarse”. Su entrenamiento se podrá hacer de manera individual, grupal o mixta y, según Ovejero (1990), será necesario en base a adquirir nuevas y más adecuadas habilidades interpersonales que sustituyan a aquellas viejas e inadecuadas. Así, existen multitud de programas cuyo objetivo central es desarrollar las HHSS. Entre ellos se destacan:

Tabla 2: Ejemplos de programas de entrenamiento en habilidades sociales para infancia y/o adolescencia (Monjas y de la Paz (2000, p. 34)

<i>AUTOR Y FECHA</i>	<i>PROGRAMA</i>
Álvarez, Álvarez-Pillado, Cañas, Jiménez, Ramírez y Petit, 1990	Habilidades de Interacción Social
Arón y Milicic, 1996	Vivir con otros
García y Magaz, 1997	Enseñanza de soluciones cognitivas para evitar problemas interpersonales (ESCEPI)
Goldstein, Sprafkin, Gershaw y Klein, 1983	Aprendizaje Estructurado
Michelson, Sugai, Wood y Kazdin, 1987	Programa de Enseñanza de HHSS.

<i>AUTOR Y FECHA (continuación)</i>	<i>PROGRAMA (continuación)</i>
Monjas, 1993, 1999	PEHIS
Trianes, 1996	Programa de Educación social y afectiva
Verdugo, 1997	Programa de Habilidades Sociales

Monjas (2012), para su aprendizaje en el ámbito escolar propone un Programa de Enseñanza de Habilidades de Interacción Social (PEHIS) en el que se desarrollan las siguientes áreas y habilidades (p. 53):

- a) *Habilidades básicas de interacción social*, como son sonreír y reír, saludar, presentarse, pedir favores y la cortesía y amabilidad.
- b) *Habilidades para hacer amigos*, como son reforzar a los otros, iniciaciones sociales, unirse al juego con otros, ayudar, cooperar y compartir.
- c) *Habilidades conversacionales*, como son iniciar, mantener y terminar conversaciones, unirse a la conversación de otros y conversaciones de grupo.
- d) *Habilidades relacionadas con los sentimientos, emociones y opiniones*, como son autoafirmaciones positivas, expresar emociones, recibir emociones y defender los propios derechos y opiniones.
- e) *Habilidades de solución de problemas interpersonales*, como son identificar problemas interpersonales, anticipar consecuencias y buscar, elegir y probar una solución.
- f) *Habilidades para relacionarse con los adultos*, como son la cortesía, el refuerzo, las peticiones al adulto y las conversaciones y solución de problemas con adultos.

De esta manera, Vallés, et al. (2013) y Monjas (2012), describen una serie de estrategias de enseñanza de las áreas curriculares. Entre ellas se encuentran:

- a) *Los compañeros tutores*. Es la enseñanza de conductas de relación interpersonal por parte de iguales socialmente más hábiles. Los iguales desempeñan el papel de modelos, incitadores, observadores, distribuidores de reforzamiento...
- b) *El entrenamiento autoinstruccional*. Son las verbalizaciones que el niño dice antes, durante y después de una tarea o interacción social para dirigir sus acciones, regular y/o evaluar su comportamiento. La *instrucción verbal* es utilizar el lenguaje oral con la finalidad de describir, explicar, preguntar o pedir conductas y/o habilidades interpersonales.
- c) *El modelado*. Mostrarle uno o varios modelos a través de sus iguales, el profesor, videos o fotografías, que presentan los comportamientos que ha de adquirir.

- d) El *moldeamiento*. Radica en el reforzamiento diferencial de comportamientos progresivamente más similares al que se quiere conseguir.
 - e) La *práctica*. Se fundamenta en el ensayo y realización de las conductas y habilidades a aprender y/o adquirir. Hablamos de role-playing si se desarrolla en situaciones recreadas o de práctica oportuna si se realiza aprovechando una situación que se presenta de forma natural.
 - f) El *reforzamiento*. Consiste en hablar o actuar de manera agradable para el niño ante la aparición de una conducta o habilidad que queremos que se repita. Este puede ser social (verbal, gestual, físico o mixto), de actividad y/o material.
 - g) El *feedback*. Se basa en suministrar una retroalimentación verbal, gestual o mediante grabaciones y videos de su actuación, es decir, proporcionar información acerca de su ejecución y aplicación de la habilidad aprendida.
 - h) Las *tareas o deberes*. Radican en encomendar al niño que ponga en práctica la habilidad social que está aprendiendo en situaciones nuevas y naturales.
- II. La *Inteligencia Emocional*, según Bisquerra (2012), es un constructo originado por Salovey y Mayer en 1990, y divulgado por Goleman en 1995, que se define como la capacidad que tenemos las personas para regular y ser conscientes de las emociones propias y ajenas. Así, para Fernández y Extremera (2005), esta inteligencia consta de los rasgos de la personalidad, las competencias socioemocionales y motivacionales, y las habilidades cognitivas.

Trabajar esta inteligencia en la escuela, según Bisquerra, Pérez y García (2015), desarrolla las habilidades socioemocionales (automotivación, aprendizaje, comportamientos positivos...), a la vez que aminora los comportamientos autodañinos (bajo control de impulsos, agresión, violencia...). De esta forma, cualquier programa de educación de las emociones deberá: facilitar el conocimiento de las emociones positivas y negativas, potenciar el pensamiento reflexivo y convergente en la resolución de problemas, educar para la participación social, resaltar los principios de cooperación y trabajo en equipo y desarrollar la empatía, la motivación y el respeto (González y Villanueva, 2014).

Bisquerra, et al. (2015), clasifican los modelos teóricos sobre la inteligencia emocional en dos tipologías: modelos dinámicos y modelos estructurales. Los primeros explicarían el proceso o funcionamiento de la inteligencia emocional, mientras que los segundos mostrarían los componentes o estructura de la inteligencia emocional.

A lo largo de la historia los modelos más estudiados han sido los estructurales, destacándose el modelo de Mayer y Salovey por su impacto en el ámbito educativo, el cual en 1990 definiría un innovador modelo mixto de IE al comprender elementos cognitivos (atención), y elementos de la personalidad (motivación y empatía). Además, resalta la importancia de percibir, regular y comprender las emociones. Más adelante, en 1995, Goleman diferenciaría la IE de la competencia emocional, explicando que esta última era la consecuencia de un aprendizaje oportuno. Otro modelo a resaltar sería el modelo de Bar-on (1997), el cual dividiría la IE o Socioemocional en cinco categorías. Estas son, inteligencia intrapersonal, inteligencia interpersonal, adaptabilidad, gestión del estrés y estado de ánimo.

Además de lo comentado, se pueden desarrollar otras técnicas dentro de la intervención no farmacológica, como son:

- B. El *Tratamiento en mindfulness o en meditación sentada*. En él se resalta el uso diario de la atención plena para la mejora de los síntomas de inatención y de la regulación emocional (Valls, et al., 2015).
- C. Las *técnicas conductuales*, según Loro, et al. (2009), son aquellas que consideran que el comportamiento se modifica en función de las consecuencias que se obtienen tras las conductas. Todo ello será beneficioso para potenciar una interacción social adecuada mediante el control de la impulsividad. Entre ellas encontramos:
 - a) *Técnicas operantes dirigidas a la adquisición de conductas adecuadas (reforzadores)*, como son la alabanza, la atención, el contacto físico, las recompensas, los privilegios y el principio de Premark, es decir, hacer algo que no nos gusta con el fin de conseguir algo que sí, pues su simple asociación lo hará agradable.
 - b) *Técnicas para reducir o eliminar los comportamientos no deseados*, así ante una conducta disfuncional habrá una consecuencia negativa o desagradable para el niño. Estas técnicas actúan a largo plazo, entre ellas están: el coste de respuesta (pagar con puntos o privilegios), el tiempo fuera (eliminar unos minutos los refuerzos), la sobrecorrección (corregir la conducta haciendo otra positiva) y la extinción (eliminar cualquier refuerzo positivo que actúe en la mala conducta).
 - c) *Técnicas combinadas*, entre las que se encuentran los programas de economía de fichas, que recompensan las conductas positivas con fichas o puntos intercambiables por premios o refuerzos, y los contratos de contingencias, es decir, pactos firmados entre profesor, alumno y padres.

D. Las *Técnicas cognitivas* trabajan con los procesos cognitivos y mentales (lenguaje interno) que regulan la conducta elevando la autonomía y el autocontrol en el niño. Entre ellas se dan las autoinstrucciones, el entrenamiento en autocontrol (autoevaluación, plan de acción y autorefuerto), la solución de problemas (reconocimiento del problema, formulación y análisis, búsqueda de soluciones, toma de decisiones, elaborar planes y llevarlos a cabo), las técnicas de neurofeedback y la estimulación cognitiva (rehabilitación, sustitución y compensación de funciones deterioradas).

En lo referente al tratamiento cognitivo-conductual, Valls, et al. (2015) han realizado una tabla que trata de englobar los diferentes programas disponibles en función de los síntomas que se quieran trabajar: impulsividad y motivación o atención y planificación.

Tabla 3: Programa de tratamiento cognitivo-conductual (Valls, et al., 2015).

<i>Sesiones</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Técnicas</i>	
Módulo de impulsividad y motivación	Psicoeducación	Identificar síntomas del TDAH Identificar aspectos positivos del TDAH	
	Manejo de la impulsividad	Analizar los mitos y realidades Aprender a identificar pensamientos automáticos	Análisis funcional de la conducta impulsiva
		Relacionar pensamiento-emoción-conducta Aplicar esta técnica al control de la conducta impulsiva	Detección de pensamientos automáticos
	Estrategias cognitivas	Identificar pensamientos automáticos	
		Detectar distorsiones cognitivas Aprender estrategias de parada de pensamiento y autoinstrucciones	Autoinstrucciones Reestructuración cognitiva
	Manejo de la rabia	Identificar desencadenantes de la rabia y pensamientos asociados	Análisis funcional de la conducta de rabia
		Detectar señales de alarma y poner en marcha estrategias de afrontamiento	Distracción (relajación en imaginación y en vivo) Tiempo fuera Solución de problemas
	Tolerancia a la frustración	Aceptación de las situaciones que generen frustración Entrenamiento en autorrefuerzo positivo	Análisis funcional de la conducta de frustración Autorrefuerzo positivo (proyección al futuro, combinación de parada de pensamiento y autoinstrucciones positivas)
	Habilidades interpersonales	Aprender habilidades de comunicación asertiva Aprender a gestionar las críticas	Role-playing

<i>(Continuación)</i>	<i>Sesiones</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Técnicas</i>
<i>Módulo de atención y planificación</i>	Estrategias de planificación	Entrenar estrategias de planificación del tiempo y de actividades Aprender estrategias de priorización de actividades	Entrenamiento en priorización y división de tareas Autorrefuerzo positivo Entrenamiento en uso de la agenda
	Resolución de problemas	Aprender a utilizar la resolución de problemas para finalizar actividades, seleccionar una solución y saber empezar	Entrenamiento en solución de problemas
	Manejo de la dilación	Identificar pensamientos asociados a la conducta de posponer Pensar en los pros y contras. Aplicar estrategias de resolución de problemas para manejar la dilación	Análisis funcional de la conducta de dilación Identificación de motivos para no posponer Implementar la solución de problemas y estrategias de planificación.
	Reducción de estímulos distractores	Aprender a reducir el número de estímulos distractores Aprender a verificar si te estás distraendo y redirigir la atención en la actividad	Enseñar el sistema de organización del espacio Promoción de uso de recordatorios y alarmas
	Reducción de pensamientos distractores	Aprender a medir el tiempo de atención y desarrollar un plan para dividir las tareas. Aplazar distracciones	Determinación del tiempo de capacidad atencional Aplazamiento de la distracción Autorrefuerzo positivo
	Mantenimiento e identificación de los cambios	Identificar posibles objetivos. Estrategias de prevención y mantenimiento de cambios	Repaso a las técnicas entrenadas

E. La *intervención psicopedagógica*, se centra en el establecimiento de unos principios y pautas de actuación que sean comunes a los profesionales educativos y a la familia. Dichas pautas, como se verá en la metodología de la propuesta, establecen la forma más adecuada de proceder con el niño, tanto en el ámbito familiar, como en el escolar.

En conclusión, Loro, et al. (2009) y Delgado, et al. (2012) destacan la necesidad de individualizar el tratamiento para adecuarlo a sus necesidades. Así, el tratamiento más adecuado ha de ser multimodal, es decir, una combinación del tratamiento farmacológico y no farmacológico que ayude al control de los síntomas y que eduque sobre el trastorno favoreciendo la interrelación de este alumnado con su entorno. A pesar de que como docentes únicamente podremos intervenir y realizar técnicas relacionadas con el tratamiento no farmacológico, hemos de conocer las consecuencias y repercusiones del tratamiento farmacológico, en el caso de que nuestro alumno haga uso del mismo, para poder ajustarnos a las necesidades del niño.

3. DESARROLLO DEL PROYECTO

3.1 – OBJETIVOS

El proyecto diseñado trata de satisfacer la consecución de unos objetivos prioritarios que se exponen a continuación:

- a) Potenciar las habilidades sociales e inteligencia emocional del alumno con TDAH con presentación combinada.
- b) Fomentar las relaciones interpersonales con su grupo de iguales y la aceptación de las normas de su entorno.
- c) Integrar al alumnado con TDAH en su aula ordinaria, para que forme parte de ella y se creen vínculos emocionales y afectivos con el resto de sus compañeros.
- d) Desarrollar la capacidad para diferenciar emociones y saber cómo actuar ante ellas.
- e) Favorecer un clima de aula en el que los niños se desarrollen y expresen emocionalmente de forma segura y confiada.
- f) Incluir en la propuesta, actividades que favorezcan la autoestima, la autoeficacia y el autoconcepto personal.
- g) Trabajar la asertividad, la toma de decisiones y la resolución de conflictos en diferentes situaciones.

Asimismo, se han establecido unos objetivos específicos de cada sesión que justifican el porqué de cada actividad. Dichos objetivos se exponen más adelante junto a la planificación de cada sesión.

3.2 – HIPÓTESIS

En el caso de que este proyecto se pudiese llevar a la práctica, se considera que sus repercusiones y logros responderían a los objetivos planteados inicialmente. De este modo, se plantean una serie de hipótesis en consecuencia a la propuesta.

- a) El trabajo de las Habilidades Sociales y la Inteligencia Emocional en el ámbito educativo, potenciará la creación dentro del aula de un clima basado en la confianza, la seguridad y el respeto mutuo.

- b) La realización de actividades grupales que trabajan las habilidades sociales y la inteligencia emocional, favorecerá la integración positiva del alumno con TDAH con presentación combinada en su aula ordinaria.
- c) Las sesiones que trabajan emociones en diferentes situaciones y contextos ayudarán al alumno a desarrollar su capacidad para diferenciar emociones y saber cómo actuar ante ellas.
- d) El desarrollo de actividades individuales y grupales, relacionadas con la trasmisión de cualidades positivas, beneficiará y mejorará la autoestima, la autoeficacia y el autoconcepto del alumno.
- e) El planteamiento de dilemas sociales/morales y la reflexión acerca de situaciones ficticias o reales, favorecerá la toma de decisiones y potenciará la asertividad y la capacidad resolutive de problemas del alumno.

3.3 – PROCEDIMIENTO

El procedimiento seguido para la elaboración del trabajo y la propuesta de intervención se ha basado principalmente en la revisión de fuentes de diversa índole (libros, artículos, publicaciones, protocolos, manuales, blogs, etc.) Así, tal y como se plasma en el marco teórico, se ha examinado multitud de información con la finalidad de recopilar aquella más idónea y relevante. Esta fundamentación teórica servirá para entender el porqué y el para qué de los objetivos y de la propuesta de intervención que se plantean.

También, se ha seleccionado un ámbito de aplicación de la propuesta en base a una presentación clínica muy común entre los escolares (TDAH con presentación combinada) y a los problemas o dificultades que pueden tener asociados este tipo de alumnado, como son los déficits en habilidades sociales y la labilidad emocional/afectiva. Así, se han establecido una serie de objetivos relativos a estos ámbitos, y se ha creído conveniente realizar una propuesta que aglutine actividades individuales y grupales que sirvan para potenciarlos y/o adquirirlos.

La combinación de ambos agrupamientos, se ha realizado debido a que cada uno de ellos posee ciertas ventajas que lo hacen vinculante en el desarrollo de las habilidades sociales. Por una parte, según Delgado, et al. (2012) el tratamiento individual es aquel encargado de estimular y optimizar las habilidades emocionales, de comunicación, sociales y cognitivas del niño. Además, Vallés, et al. (2013), estiman que las ventajas de su entrenamiento radican en la oportunidad de adecuar la intervención a sus necesidades y en

la posibilidad de observar y evaluar de forma continua las nuevas adquisiciones, readaptando los contenidos y las técnicas. Asimismo, es adecuado para las personas que sufren ansiedad durante las interacciones grupales, debido a que eleva el control sobre el contexto e incrementa las oportunidades de repetir y ensayar técnicas y conductas, potenciando la generalización de las mismas.

De esta manera, se hace conveniente combinar ambos agrupamiento y beneficiarse también de las ventajas que acarrea el entrenamiento grupal (4-12 personas). Así se podrán asumir diferentes roles y ensayar en repetidas ocasiones las nuevas conductas sociales dentro del grupo y bajo un contexto controlado, generalizar y conservar los nuevos aprendizajes, eliminar los prejuicios sociales, potenciar la ayuda entre iguales, etc.

Tras determinar los tipos de agrupamiento, se realizó una revisión de diferentes programas de intervención en HHSS e IE que trabajasen aquellos aspectos deficitarios en el tipo de alumnado seleccionado (TDAH con presentación combinada, déficits en HHSS y labilidad emocional y afectiva). Para ello, se tomaron como referencia las aportaciones que realizan diferentes profesionales del ámbito educativo a través de blogs o webs (Orientación Andújar), y de asociaciones como la fundación CADAH (Cantabria Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad) o ADAHPO (Asociación Déficit de Atención e Hiperactividad Pontevedra). También se han tomado como referencia el Programa de Enseñanza de Habilidades de Interacción Social (PEHIS) desarrollado por Monjas (2012), y el material didáctico elaborado por las editoriales Anaya y Algaida para adecuar e reinventar algunas de las propuestas que se exponen.

De igual manera, a lo largo de mi experiencia discente, he podido vivenciar diversas dinámicas grupales e individuales que trabajan las habilidades socioemocionales, lo que me ha servido para poder adaptar algunas de ellas a la propuesta que se expone más adelante.

En última instancia, se ha diseñado el programa de intervención con un total de 14 sesiones para desarrollar los objetivos marcados durante un periodo de tiempo de tres meses. Se han planteado una serie de hipótesis y se ha reflexionado acerca de las posibles repercusiones o consecuencias de su implantación en el aula.

3.4. – DISEÑO DEL PROGRAMA

3.4.1 - DESTINATARIOS:

Esta propuesta va dirigida a todo aquel alumnado diagnosticado o que manifieste sintomatología propia del TDAH con presentación combinada, y que presente a su vez déficit en las habilidades socioemocionales. El destinatario se encontrará escolarizado en el primer, segundo o tercer nivel de Educación Primaria.

3.4.2 - TEMPORALIZACIÓN:

Las sesiones se van a distribuir a lo largo de un trimestre, de esta forma, se realizará una sesión semanal de 30 minutos de duración. Dichas sesiones tendrán lugar durante el periodo de tiempo que los profesores tutores suelen emplear para llevar a cabo la tutoría, puesto que no hay una hora específica en su horario para desarrollarla.

Se han diseñado catorce sesiones, ocho individuales y seis grupales, que tratan de satisfacer los objetivos propuestos. Las sesiones individuales se realizarán con el profesor de apoyo de Educación Especial, mientras que las grupales se efectuarán con su grupo-clase y serán coordinadas por el profesor de apoyo y el tutor.

En la tabla 4 se muestra un cronograma acerca de la distribución de las sesiones a lo largo de la propuesta de intervención. Se ha de tener en cuenta que dicha temporalización es orientativa, por lo que podrá ser modificada y alterada en función de las necesidades, limitaciones y respuestas que obtengamos por parte del alumnado o del centro de aplicación.

Tabla 4: Cronograma orientativo de las sesiones (Elaboración propia, 2015)

CRONOGRAMA DE LAS SESIONES	
Semana 1: "Emociónate"	Semana 8: "El libro de mi vida"
Semana 2: "Si yo fuese..."	Semana 9: "Nos conocemos mejor"
Semana 3: "Cuentos Educación Emocional"	Semana 10: "Conversaciones"
Semana 4: "Dilemas sociales y morales"	Semana 11: "El teatro de las emociones"
Semana 5: "Me transformaría en..."	Semana 12: "Historias entrelazadas"
Semana 6: "¿Cómo eres?"	Semana 13: "Todos tenemos algo bueno"
Semana 7: "Somos amigos"	Semana 14: "Recetas de lluvia y azúcar"

3.4.3 - METODOLOGÍA Y PAUTAS DE ACTUACIÓN:

A estas edades, los niños emplean muchas horas en el colegio, por ello como docentes hemos de saber cuál es la mejor manera de proceder en cada momento, y que pautas se han de seguir con cada alumno teniendo en cuenta sus características individuales. La ORDEN EDU/1152/2010, de 3 de agosto, que regula la respuesta educativa al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo, incluye la adopción de medidas ordinarias de atención educativa con la finalidad de ajustar el currículo ordinario a las necesidades propias. En este sentido, la metodología es entendida como el conjunto de acciones, técnicas, estrategias y procesos intencionados, que se desarrollan en el aula.

Para comenzar, se exponen los principios metodológicos que sustentarán la propuesta educativa y por los que se deberán guiar todos los profesionales del ámbito educativo que atiendan al alumno. En todo momento, estos profesionales incidirán en:

- a) Convertir al niño en un participante activo de la construcción de su propio aprendizaje, dotándole de un mayor protagonismo y autonomía.
- b) Proporcionar un aprendizaje funcional, seleccionando contenidos que se adecuen a la vida real y/o a experiencias cercanas a los alumnos.
- c) Propiciar la enseñanza de aprendizajes significativos, mediante contenidos y actividades que potencien la relación entre los nuevos conocimientos y los que ya posee.
- d) Partir de la situación personal y social del alumnado, teniendo en cuenta su grado de desarrollo madurativo, sus necesidades y sus expectativas personales.
- e) Potenciar la motivación y el interés de los alumnos en las diferentes sesiones, todo ello a través de un ambiente lúdico.
- f) Fomentar la cooperación entre iguales, el consenso, la ayuda y el respeto hacia las opiniones de los demás, todo ello con la finalidad de conseguir un aprendizaje entre iguales.

Asimismo, cabe señalar la actitud que ha de tener el maestro durante toda la propuesta para que ésta se lleve a cabo de manera exitosa. El profesor ha de actuar como un buen modelo del alumno al demostrar las actitudes y valores que se persiguen. Ha de tener una actitud positiva, alegre y motivante, y ha de saber planificar las sesiones partiendo de la zona de desarrollo próximo del alumno y de sus centros de interés.

Durante todas las sesiones el profesor proporcionará al alumno una retroalimentación o feedback acerca de su progreso, y favorecerá la reflexión y la actitud crítica, ya sea individual o grupal del alumnado, para que éste tome conciencia de los aspectos que se están trabajando. Junto con lo anteriormente mencionado, se va a llevar a cabo una metodología basada en el aprendizaje sin error, debido a que se considera que de esta manera el niño nunca fracasa, siempre tiene la oportunidad de hacer algo, de sentirse protagonista en y de algo y de ser consciente de su propia evolución.

Igualmente el profesor ha de contemplar el uso de estrategias de afrontamiento, modificación de conducta y resolución de problemas, así como un estilo de enseñanza que potencie las habilidades socioemocionales del alumno. Como se ha expuesto a lo largo del procedimiento, para el desarrollo de la propuesta y con la finalidad de trabajar estas habilidades a través de diferentes perspectivas, se ha planteado una distribución de las sesiones basado en diferentes formas de intervención, individual y en grupo.

Por una parte, gran parte de las actividades se desarrollaran de manera individual, de forma que el alumno tenga la oportunidad de conocerse a sí mismo y de trabajar en un contexto controlado las diferentes habilidades a través de actividades adaptadas a sus características y evolución individual. Así, durante estas sesiones, el docente fortalecerá los aspectos más deficitarios del alumno mediante el uso del reforzamiento verbal (muy bien, tú puedes, no te preocupes seguro que lo consigues...) o gestual (sonreír, chocar los cinco...), y a través de la técnica del moldeamiento irá reforzando de forma diferencial las conductas más similares a aquella que se quiere conseguir.

Al mismo tiempo, el maestro le planteará interrogantes, le hará reflexionar acerca de diferentes aspectos, tales como la amistad, la familia, etc., y le encargará que ponga en práctica en su contexto habitual la habilidad social que está aprendiendo. Tomando como referencia el programa PEHIS (Monjas, 2012), se entregará al alumno una hoja de registro en la que anotará la planificación y revisión de la tarea encomendada (véase apéndice III).

Por otra parte, el resto de actividades se llevarán a cabo de forma grupal, bien sea con la totalidad de la clase o dividiendo el aula en pequeños grupos, puesto que dichos agrupamientos favorecerán la puesta en práctica de los aprendizajes realizados individualmente y le ayudarán a adquirir otros nuevos. A lo largo de dichas sesiones, como se verá en el diseño de la propuesta, se utilizará el role-playing, el modelado y el entrenamiento autoinstruccional.

Para que el desarrollo del alumno sea el adecuado, como se reflejó en el marco teórico, se han de establecer unas pautas generales que sean comunes a todo el profesorado, y que faciliten la intervención en el aula. En este ámbito, tomando como referencia Láz, et al. (2009), y Mena, Nicolau, Salat, Tort y Romero (2006), se han establecido unas pautas de actuación con los niños con TDAH.

- a) Investigar acerca del trastorno y conocer sus posibles repercusiones en el aula.
- b) Mantener una comunicación y colaboración recíproca con los profesionales sanitarios y la familia.
- c) Proveer al alumno de un ambiente organizado, ordenado y sin distractores.
- d) Situar al alumno en una zona con el mínimo de elementos distractores y cercano al profesor o a otro alumno que le sirva de modelo de conducta.
- e) Destinar un espacio del aula a un tablón que informe de los acontecimientos más importantes.
- f) Distribuir los espacios, temporalización y sesiones de forma que se contemple la necesidad de movimiento de este tipo de alumnado.
- g) Gestionar la distribución temporal de las materias en función del índice de fatiga y rendimiento de los alumnos o, si nuestro alumno toma fármacos, en función del efecto de los mismos.
- h) Proporcionar ambientes/rutinas estructuradas y previsibles mediante el uso del horario escolar, la agenda, etc.
- i) Mantener contacto ocular y dar instrucciones concretas, claras y sencillas, asegurándonos de que lo ha entendido.
- j) Plantear actividades sencillas, breves y secuenciadas.
- k) Utilizar un lenguaje positivo y mostrar una actitud positiva y motivante.
- l) Ayudar al alumno a organizar su material y la agenda escolar.

Finalmente, como se ha señalado a lo largo del trabajo y como se destacará en el apartado de coordinación y seguimiento de la propuesta, se resalta la segunda pauta de actuación. Esto es debido a la importancia de que durante todo el proceso de intervención se de una estrecha comunicación y colaboración entre la familia, los profesionales del ámbito sanitario y los profesionales del ámbito educativo.

3.4.4 - SESIONES:

Sesión 1: "Emociónate"

<i>Intervención</i>	Individual.
<i>Objetivos específicos</i>	Clasificar las emociones en físicas o mentales y en positiva o negativas. Analizar situaciones en las que pueden sentirse esas emociones.
<i>Contenidos</i>	Emociones físicas o cognitivas y positivas o negativas. Emociones: felicidad, tristeza, miedo, enfado y cariño.
<i>Material</i>	Ficha apéndice IV.
<i>Desarrollo</i>	<u>Parte 1 "Clasificamos las emociones"</u> . Identificar las emociones es el primer paso para controlarlas. Por ello, expondremos un listado de emociones que el alumno deberá clasificar según considere que son físicas o cognitivas y positivas o negativas. <u>Parte 2: ¿Cuándo te sientes así?</u> Felicidad, tristeza, miedo, enfado y cariño, son algunos de las emociones más comunes en nuestras vidas. El alumno deberá describir situaciones/momentos en los que ha sentido dichas emociones.

Sesión 2: "Si yo fuese..."

<i>Intervención</i>	Individual.
<i>Objetivos específicos</i>	Trabajar la empatía en diferentes situaciones y contextos.
<i>Contenidos</i>	Habilidad social: empatía. Sentimientos en diferentes situaciones.
<i>Material</i>	Parte 1: Ficha apéndice V. Parte 2: Aplicación "Proyecto Emociones" (ver ejemplo de imágenes en el apéndice VI).
<i>Desarrollo</i>	<u>Parte 1.</u> Expondremos al niño diferentes situaciones a través de dibujos y le preguntaremos que cómo se sentiría y qué trato le gustaría recibir en cada una de ellas si fuese uno u otro personaje. <u>Parte 2.</u> A través de la aplicación "Proyecto Emociones" (Mancilla, 2012), se trabajará la empatía y los sentimientos en diferentes grados de dificultad y situaciones. Dicha aplicación está diseñada para trabajar con niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA), aunque se puede extrapolar a otros ámbitos de aplicación y ser utilizada con niños que presenten otras dificultades o trastornos.

Sesión 3: “Cuentos Educación Emocional (Algaida, 2012)”

Intervención	Individual
Objetivos específicos	Desarrollar una actitud crítica y reflexiva ante diferentes situaciones. Potenciar el valor de la cooperación, el trabajo en equipo, el respeto a las normas sociales y la amistad.
Contenidos	Habilidades sociales: amistad, respeto a normas sociales y cooperación.
Material	Apéndice VII (Algaida, 2012).
Desarrollo	Se han seleccionado unos cuentos sobre Educación Emocional de la Editorial Algaida, para trabajar de forma breve y sencilla la amistad, el respeto a las normas sociales y la importancia la cooperación. El alumno leerá cada cuento individualmente con el profesor. A continuación, el maestro dialogará con el alumno acerca de lo que en él acontece y le planteará una serie de interrogantes a resolver: Dichos interrogantes se han elaborado y se han incluido tras cada cuento. Se realizará el mismo proceso con cada uno de los cuentos.

Sesión 4: “Dilemas sociales y morales”

Intervención	Individual.
Objetivos específicos	Desarrollar habilidades y valores sociales a través del diálogo y la resolución de dilemas sociales.
Contenidos	Habilidades sociales: resolución de problemas y toma de decisiones.
Material	Apéndice VIII, dilemas adaptados de Segura, Mesa y Arcas (1997).
Desarrollo	El profesor leerá un dilema social y planteará unas cuestiones. El niño deberá reflexionar sobre el dilema y responder a las preguntas exponiendo razones que justifiquen sus decisiones.

Sesión 5: “Me transformaría en...”

Agrupamiento	Individual.
Objetivos específicos	Analizar los aspectos positivos y negativos de cada personaje.
Contenidos	Habilidades sociales de toma de decisiones y autoestima.
Material	Apéndice IX.
Desarrollo	Mostraremos al niño una serie de dibujos y le preguntaremos que en cuáles de esos personajes le gustaría transformarse y por qué. Uno a uno el niño tendrá que ir sopesando las cosas buenas y malas que le sugiere cada uno de ellos.

Sesión 6: “¿Cómo eres?”

Intervención	Individual.
Objetivos específicos	Potenciar la autoestima y el autoconcepto positivo del alumno. Desarrollar una actitud crítica acerca de cuál sería la mejor manera de proceder socialmente en diferentes situaciones.
Contenidos	Autoestima, autoconcepto, habilidades sociales de resolución de problemas y toma de decisiones y dar las gracias.
Material	Apéndice X.
Desarrollo	<p>El niño tendrá que definirse y describirse mediante adjetivos. Primero dirá que cualidades le gustan de él y después cuáles cambiaría.</p> <p>A continuación, le propondremos una serie de situaciones sociales en las que tendrá que reflexionar críticamente acerca de cómo considera que sería la mejor manera de actuar en cada una de ellas y cómo actuaría él.</p> <p>Por último, se utilizarán unos dibujos realizados por la editorial Casals. El alumno tendrá que identificar a las personas que deberían dar las gracias al otro y por qué.</p>

Sesión 7: “Somos amigos”

Intervención	Individual.
Objetivos específicos	Analizar las características y peculiaridades que definen a un buen amigo y cómo podremos mantener una sana relación de amistad.
Contenidos	Habilidad social: amistad.
Material	Apéndice XI.
Desarrollo	<p>Plantaremos al niño diferentes interrogantes acerca de su mejor amigo y las características por las que lo es. Nuestro alumno, le dibujará en el recuadro de la ficha destinado para ello y escribirá las virtudes de su amigo. Posteriormente, dialogaremos acerca de la amistad, de cómo es más fácil hacer amigos y de porqué cree que su mejor amigo le ha elegido a él/ella como amigo.</p> <p>Algunas preguntas que se podrán plantear serán: <i>¿Quién es tu mejor amigo?, ¿Hace mucho que le conoces?, ¿Cómo empezasteis a ser amigos?, ¿Por qué es tu mejor amigo?, ¿Qué es lo que más te gusta de él/ella?, ¿Hay algo que no te guste de él/ella?, ¿Eres tú un buen amigo?, etc.</i></p>

Sesión 8: “El libro de mi vida”

Intervención	Individual.
Objetivos específicos	Fomentar la capacidad de expresar sentimientos/emociones. Potenciar la autoestima y el autoconcepto personal.
Contenidos	Expresión de sentimientos, autoconcepto y autoestima.
Material	Cuaderno, bolígrafo, fotos y todo aquello que se desee para la construcción del libro. Apéndice XII: folios guía para la construcción del cuaderno.
Desarrollo	Entregaremos un cuaderno en blanco a nuestro alumno y en la portada escribiremos “El libro de mi vida”. Explicaremos al niño que, aunque aún este vacío, se trata de un libro muy importante, pues en él va a aparecer la historia de su vida. Y quién mejor para escribirla que su propio protagonista. En este libro deberá contar aquellos acontecimientos más importantes de su vida, explicar cómo es él, presentar a su familia, etc. Para ello le daremos unas pautas iniciales (folios guía dentro del cuaderno) sobre las que el alumno podrá actuar libremente para escribir su propia historia, única e irrepetible.

Sesión 9: “Nos conocemos mejor”

Intervención	Gran grupo (25 personas).
Objetivos específicos	Crear un clima de afecto y confianza en el aula. Conocer las diferentes aficiones y gustos de sus compañeros para poder entablar relaciones de amistad en base a ellas.
Contenidos	Habilidades sociales: saludo, amistad y relaciones con iguales. Expresión corporal.
Material	CD música que elijamos.
Desarrollo	<u>Parte 1: Toma de contacto.</u> En gran grupo y al ritmo de la música, los alumnos deberán moverse libremente por el aula y saludar a los compañeros con los que se crucen diciendo ¡hola!, ¿Qué tal estas? mientras se dan la mano o un abrazo. <u>Parte 2: Conozco a mis compañeros.</u> Cada alumno deberá representar con su cuerpo mediante mímica su afición preferida. El resto de compañeros tratarán de averiguarlo. A continuación, para que los niños recuerden, conozcan y respeten los gustos de sus iguales, se puede preguntar ¿A quién de vuestros compañeros le gustaba...?.

Sesión 10: “Conversaciones”

Intervención	Dos grupos de 10-12 personas.
Objetivos específicos	Potenciar su capacidad comunicativa en diversas situaciones. Fomentar su asertividad, empatía y capacidad resolutoria.
Contenidos	Habilidades sociales: asertividad, empatía, diálogo, resolución de problemas y toma de decisiones.
Material	Caja y tarjetas apéndice XIII.
Desarrollo	Aleatoriamente un niño del grupo sacará una tarjeta que determinará el tema sobre el que se va a hablar y la actitud que se debe adoptar. Por parejas, se realizarán diferentes situaciones de role-playing/cambio de papeles en las que deberán ser capaces de actuar según indica la tarjeta. El resto de compañeros deberán adivinarlo.

Sesión 11: “El teatro de las emociones”

Intervención	Cinco grupos de cinco personas cada uno.
Objetivos específicos	Conocer el significado de las diferentes emociones y su manifestación en múltiples situaciones.
Contenidos	Emociones: soledad, júbilo, envidia, preocupación e ira. Expresión corporal.
Material	Disfraces, complementos o cualquier material disponible en el aula.
Desarrollo	Habrán 5 tarjetas, cada una con un sentimiento/emoción (soledad, júbilo, envidia, preocupación e ira). Se entregará una tarjeta a cada uno de los grupos y éstos deberán escenificar de forma libre e inventada una situación en la que aparezca dicha emoción para que sus compañeros lo adivinen.

Sesión 12: “Historias entrelazadas”

Intervención	Dos grupos de 10-12 personas.
Objetivos específicos	Potenciar la imaginación y la creatividad. Desarrollar una actitud colaborativa y de respeto hacia los demás.
Contenidos	Creatividad y valores sociales de respeto y colaboración.
Material	—
Desarrollo	Se propondrán varios inicios de historias: “Érase una vez un rey muy rico...”, “Había una vez una niña...”, “Todo seguía igual...”. Los alumnos se dispondrán en círculo y deberán ir completando la historia, cada uno añadirá una nueva frase a la misma. Después se leerá la historia y se dialogará acerca de la misma: ¿Cómo eran los personajes?, ¿Por qué creéis que actuaban así?...

Sesión 13: “Todos tenemos algo bueno”

Intervención	Dos grupos de 10-12 personas o gran grupo.
Objetivos específicos	Reforzar el autoconcepto y la autoestima de los alumnos. Descubrir la percepción que los demás tienen de nosotros.
Contenidos	Autoconcepto y autoestima.
Material	Papel continuo, folios, bolígrafos, rotuladores...
Desarrollo	<p>Cada grupo formará un círculo y el profesor explicará la dinámica. Se trata de que cada niño diga algo bueno de cada uno de sus compañeros. De esta manera, todos descubrirán la imagen positiva que reflejan, reforzándose su autoestima y autoconcepto personal. Podemos realizar cualquiera de estas dinámicas:</p> <p><i>El ovillo de lana.</i> En círculo se entregará un ovillo de lana a un niño y éste tendrá que pasárselo a un compañero a la vez que le dice una cualidad positiva. El ovillo deberá pasar por todos, formándose una red de cualidades positivas.</p> <p><i>Acordeones.</i> Cada uno plegará un folio a modo de acordeón y escribirá en él su nombre. Todos deberán escribir en los acordeones de todos algo bueno del dueño del acordeón.</p> <p><i>Siluetas de alabanzas.</i> Cada alumno dibujará su silueta en un trozo de papel continuo. El resto de sus compañeros deberán escribirle aspectos positivos de su forma de ser.</p> <p><i>Túnel del tacto.</i> Se formarán dos filas en paralelo formando un pasillo. Los alumnos pasarán de uno en uno y mientras lo hacen sus compañeros le tocarán y dirán algo bueno de él.</p>

Sesión 14: “Recetas de lluvia y azúcar”

Intervención	Gran grupo (25 personas).
Objetivos específicos	Trabajar el significado de diferentes emociones. Desarrollar habilidades de manejo de diferentes emociones.
Contenidos	Emociones y autorregulación de las mismas.
Material	Libro “Recetas de lluvia y azúcar” (Manzano y Gutiérrez, 2010).
Desarrollo	<p>El cuento “Recetas de lluvia y azúcar” incluye “recetas” acerca de diversas emociones (miedo, alegría, templanza...) y explica de forma imaginativa como se manifiestan y cómo actuar ante ellas.</p> <p>Así, tras la lectura de cada receta se dialogará con los alumnos acerca de cada emoción: <i>si la han sentido alguna vez, en qué situaciones aparece, qué hacer cuando aflora dicha emoción, si creen que los remedios del cuento son efectivos...</i></p>

3.4.5 - COORDINACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA PROPUESTA:

Para el diseño y/o desarrollo de la propuesta, es vinculante el trabajo colaborativo y la comunicación, a fin de conseguir una adecuada coordinación y seguimiento de la intervención por parte de los diversos profesionales del ámbito educativo (equipo docente y equipo de orientación educativa), los servicios sanitarios y la familia.

Tomando como referencia el protocolo de actuación de Castilla y León (Láez, et al., 2009), se ha de considerar que una vez confirmado el diagnóstico de TDAH, será el orientador del centro educativo quien evalúe las necesidades educativas del alumno y plantee unas pautas de actuación comunes al profesorado y a la familia.

Como se ha mencionado, el orientador colaborará junto al equipo docente, la familia y los profesionales sanitarios en la organización y seguimiento de la intervención, con la finalidad de favorecer y mantener coherentemente la metodología y las pautas de actuación. Al mismo tiempo, la comunicación entre el profesorado del centro será esencial para que la intervención y actuación con el alumno no se vea alterada a lo largo de su escolaridad.

En lo referente a la colaboración con la familia, el tutor será el encargado de anotar en la agenda los acontecimientos y requerimientos que se produzcan durante el transcurso del curso escolar y de supervisar las tareas o deberes del alumno. La familia deberá ayudar a su hijo a hacer un uso adecuado de la agenda y, al mismo tiempo, revisará los deberes, fechas de exámenes y acontecimientos importantes a fin de ayudarle a organizarse. También, la familia comunicará al tutor los fármacos que tome el alumno y será informada regularmente, mediante comunicados o reuniones, acerca del progreso de su hijo, ya sea en ámbito académico, social, actitudinal o comportamental.

3.4.6 - EVALUACIÓN:

La evaluación se concibe como un instrumento al servicio del proceso enseñanza-aprendizaje, que se integra en las actividades cotidianas del aula y del centro. Ésta facilitará la identificación y seguimiento de los aprendizajes del alumno y ayudará al profesorado en la toma de decisiones. El proceso de evaluación se contempla desde una triple perspectiva. Global, al valorarse todo el proceso de aprendizaje del alumno. Continua, al realizarse durante toda la propuesta. Formativa, al suponer una evaluación de la actividad escolar del alumno y de la práctica educativa del docente.

En lo referente a la evaluación de las habilidades socioemocionales del alumno, se ha visto necesario corroborar inicialmente sus dificultades a través de pruebas o test que valoren dichos aspectos. El psicólogo clínico o el orientador educativo serán los encargados de aplicarlas y confirmar sus dificultades. Atendiendo a lo citado en marco teórico, se van a aplicar técnicas de evaluación, sirviéndonos para la presente propuesta de la Batería de Socialización (BAS) 1 y 2, desarrollada en 1989 por Martorell y Moreno, y del Screening de Problemas Emocionales y de Conducta Infantil (SPECI), desarrollado por Garaigordobil y Maganto en 2012 (Fundación CADAH, s.f.).

Una vez desarrollado el programa, con la finalidad de comprobar la efectividad de la intervención, el orientador educativo evaluará de nuevo sus habilidades socioemocionales a través de las pruebas descritas anteriormente. Igualmente, se utilizará la observación directa y sistemática con el objetivo de valorar sus aprendizajes de forma continua. Así, se evaluarán una serie de criterios relacionados directamente con los objetivos didácticos de las sesiones, de acuerdo con un baremo en el que se medirá el grado de cumplimiento de los mismos con los indicadores siempre, a veces y nunca (véase tabla 5 en el apéndice XIV).

Como se mencionó en el apartado de metodología, se ha visto relevante el hecho de hacer al alumno protagonista de su propio aprendizaje y que este autoevalúe su práctica. Por este motivo, en el proceso de evaluación se tendrá en cuenta la hoja de registro en la que el alumno anotará la planificación y revisión de la práctica o tarea encomendada por el docente (véase apéndice III).

Finalmente, el docente deberá evaluar su propia práctica educativa. Dicha evaluación se llevará a cabo mediante el registro de las apreciaciones personales de cada sesión (véase tabla 6 en el apéndice XIV) y mediante un registro anecdótico de las incidencias o problemas en el que se analicen las técnicas metodológicas a modificar y las observaciones oportunas.

4. CONTEXTO

En lo referente a las aportaciones y limitaciones del trabajo, se ha tomado como referencia la revisión teórica, que justifica las dificultades en las habilidades socioemocionales de los niños con TDAH con presentación combinada, para diseñar una intervención abierta y flexible. Se han seleccionado las actividades planteadas debido a su escaso coste económico, y a su versatilidad para potenciar dichas habilidades. De esta manera, cada maestro puede adaptar la metodología y las sesiones de acuerdo al ámbito en el que ésta se desarrolle, e incidir en aquellos aspectos más deficitarios en el niño. Como maestros, hemos de ser capaces de amoldarnos a las características de nuestro alumnado y reestructurar las actividades tomando como base sus conocimientos, motivaciones y centros de interés. Tener un menor o mayor grado de adaptación a las situaciones que se nos presentan, es crucial para determinar el éxito o el fracaso de las mismas.

Como se ha dicho anteriormente, dicha propuesta no se ha podido llevar a la práctica por lo que se desconocen sus repercusiones, la validez o fiabilidad de la evaluación planteada y los aspectos que precisan de mejora. No obstante, se espera que satisfaga las hipótesis descritas anteriormente.

En un futuro cercano, se espera poder trabajar con un alumno que reúna los requisitos mencionados a lo largo del trabajo y poner en práctica esta propuesta para comprobar su eficacia y poder perfeccionarla de acuerdo a los diferentes ámbitos de aplicación. Igualmente, tras la realización de la misma se sugieren futuras líneas de investigación acerca de la forma de proceder en lo referido a la desregulación emocional y los déficits en habilidades sociales en niños con TDAH. Además, se ve la necesidad de que se creen pautas y propuestas de intervención más específicas y concretas, por parte de los profesionales del ámbito educativo y psicopedagógico, que sirvan para potenciar estos aspectos deficitarios.

En definitiva, al poner en marcha dicha propuesta, se espera poder comprobar su carácter realista, versátil, adaptable y aplicable a cualquier centro educativo. Todo ello, con la finalidad de no tener dificultades añadidas a la hora de llevar a cabo la intervención con el alumno con TDAH con presentación combinada.

5. CONCLUSIÓN

Por una parte, en relación con la elaboración del Trabajo Fin de Grado, cabe señalar que su desarrollo brinda a los estudiantes la oportunidad de analizar y conocer más detalladamente un tema relevante para su titulación y de gran interés personal y social. En este caso se ha profundizado acerca del TDAH, trastorno de especial incidencia en los centros escolares.

La ejecución de un trabajo de esta magnitud, si lo comparamos con otros trabajos realizados anteriormente, exige al estudiante un desempeño más exhaustivo en la búsqueda de información relevante, un análisis más pormenorizado del tema elegido y una implicación más elevada. Este proceso, en mi opinión, favorece la consolidación de las competencias propias de la titulación, desarrolla una actitud autónoma, y propicia el desarrollo de habilidades críticas y reflexivas por parte del estudiante. En este ámbito, se destaca la importante labor de guía y tutorización de toda la propuesta que se expone, pues ésta ha sido crucial en su elaboración.

Gracias a la realización del presente TFG se ha tenido la oportunidad de ahondar en la conceptualización del trastorno elegido y de comprender más detalladamente cuales pueden ser sus repercusiones. A la hora de planificar cualquier propuesta de intervención en el aula, se ha constatado la importancia de valorar todos los aspectos relacionados con las características del alumno y de su entorno cercano. Además, se ha visto la necesidad de que el docente sea conocedor del trastorno y sepa dotarse de diferentes estrategias y técnicas que guíen su intervención educativa (Láez, et al., 2009; Mena, et al., 2006).

Por otra parte, si se hace referencia al tema que se está abordando, se puede decir que el TDAH no es un trastorno tan reciente como la mayoría de la sociedad considera, pues se han constatado diferentes referencias descriptoras de la sintomatología propia del trastorno en textos con más de 200 años de antigüedad (Pelayo, et al., 2012; Ramos, 1987; Soutullo y Díez, 2007).

Asimismo, se han analizado los síntomas nucleares del trastorno y se ha comprobado que, en la mayoría de ocasiones, estos síntomas se dan junto a trastornos comórbidos o junto a síntomas asociados (Hervás y Durán, 2014; Hidalgo y Sánchez, 2014; Parellada, 2009; Pelayo, et al., 2012). Nos encontramos que, en algunas ocasiones, el profesorado y la familia niega o esconde los síntomas del trastorno por miedo a que el niño sea rechazado, perjudicándole de forma irremediable. En este sentido, tomando como referencia a Loro, et

al. (2009), y Delgado, et al. (2012), se ha demostrado la importancia de una intervención precoz y multimodal que tenga en cuenta las diferentes características del alumno para potenciar todos sus aspectos deficitarios.

La finalidad de este Trabajo de Fin de Grado ha sido el diseño y la elaboración de una propuesta educativa para la mejora de las habilidades socioemocionales de los niños con TDAH con presentación combinada. Dicha propuesta se fundamenta en los problemas asociados que presentan dichos niños en las relaciones interpersonales, la labilidad afectiva y emocional, y la baja autoestima (Puentes, et al., 2014; Orjales, 2005; Shaw, et al., 2014). Se han evidenciado las dificultades con las que se enfrenta un niño con TDAH a lo largo de su escolaridad, y se han constado los múltiples beneficios que se obtienen en todos los ámbitos al potenciar las habilidades sociales y al trabajar la inteligencia emocional en el aula (Vallés, et al. 2013).

Las habilidades socioemocionales resultan cruciales en muchas situaciones de nuestra vida, y éstas se desarrollan principalmente en la infancia. Diferentes publicaciones revelan que ayudar a los niños en el dominio de sus emociones y en la mejora de sus relaciones interpersonales, proporciona una mejora significativa en su comportamiento y en su funcionamiento académico (Presentación, Siegenthaler, Jara y Miranda, 2010). Debido a ello, se ha visto relevante el diseño de una intervención educativa que trabaje desde los pilares más básicos del alumno, al potenciar sus habilidades sociales y al desarrollar de forma positiva su inteligencia emocional, para gracias a ellas optimizar progresivamente el resto de aspectos deficitarios.

Del análisis de los diferentes protocolos y guías acerca del trastorno, entre ellos los elaborados por Fernández, et al. (2010), Láz, et al. (2009) y Mena, et al. (2006), se desprende que el fomento de las habilidades socioemocionales en los niños con TDAH muchas veces es olvidado y relegado a un segundo plano. Así, únicamente se establecen pautas muy generales y breves acerca de la mejor forma de proceder en estos aspectos. Esta propuesta ha pretendido aglutinar los aspectos más relevantes que se han inferido del análisis de multitud de publicaciones, con el fin de presentar unas pautas claras y una intervención educativa centrada en la mejora de dichas habilidades.

Las diferentes sesiones programadas, han tratado de propiciar principalmente el establecimiento de un clima de aula basado en la seguridad y la confianza, y la integración positiva del alumno en su aula. Además, se han desarrollado actividades que trabajan las

habilidades de autorregulación emocional, la autoestima, el autoconcepto, la asertividad, la toma de decisiones y el pensamiento crítico del alumno. Todo ello con la finalidad de proporcionar al niño una serie de estrategias y técnicas que le ayuden a desenvolverse eficazmente en su contexto o ambiente habitual.

En relación el diseño del proyecto, se ha seleccionado un ámbito de aplicación genérico, de forma que la propuesta pueda ser desarrollada fácilmente en cualquier contexto. Conjuntamente, se ha hablado acerca de la importancia del trabajo coordinado y colaborativo por parte de los profesionales sanitarios, los profesionales educativos y la familia (Láez, et al., 2009). Por ello, considero de vital importancia que se elaboren unas pautas claras y específicas de actuación comunes a todos los contextos, que exista una comunicación recíproca permanente entre todos ellos, y que todos caminen en la misma dirección, que no ha ser otra que la evolución positiva del niño. Trabajando juntos, en una misma dirección y desde una visión multidisciplinar, lograremos que nuestro alumno desarrolle plenamente sus capacidades intelectuales, cognitivas, sociales y personales.

En suma, se ha planteado una propuesta educativa desde una perspectiva global, multidisciplinar y colaborativa. Goleman dijo una vez: “cuanto más abiertos estemos a nuestros propios sentimientos, mejor podremos leer los de los demás”, así en mi opinión, una inteligencia o habilidad social no se puede entender sin la parte emocional de cada una de las personas que conforman la sociedad y las interconexiones que se producen entre ellas. Se ha considerado que el desarrollo de la inteligencia emocional del alumno ayudará a que éste se desenvuelva mejor en su contexto social. La finalidad principal de la propuesta educativa ha sido adquirir, reforzar o potenciar diferentes habilidades o competencias socioemocionales que ayuden al alumno a desarrollarse de una forma segura y adecuada en el contexto educativo y social circundante. Además, se ha visto primordial el desarrollo de estas habilidades como punto de partida para cualquier otro tipo de intervención que trate de fomentar el resto de sus posibles limitaciones.

REFERENCIAS

- Acosta, M.T., Castellanos, F.X., Bolton, K.L., Balog, J.Z., Eagen, P., Nee, L., (...) Muenke, M. (2008). Latent class subtyping of ADHD and comorbid conditions. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Volumen 47 (nº 7), 797-807. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2774844/>
- American Psychiatric Association (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Madrid: Editorial médica Panamericana.
- Barkley, R. A. (1999). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y satisfacer sus necesidades*. Barcelona: Paidós.
- Barkley, R. (2002). *Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Barcelona: Paidós.
- Barkley R. A., Bernal, J., Fernández, A., Fresno, M., Lázaro, M. Orjales, I., (...) y Urra, J. (2008). *Hiperactivos. Estrategias y técnicas para ayudarlos en casa y en la escuela*. Madrid: LoQueNoExiste.
- Bisquerra, R. (2012). *¿Cómo educar las emociones? La inteligencia emocional en la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Hospital Sant Joan de Déu.
- Bisquerra, R., Pérez, J. C. y García, E. (2015). *Inteligencia emocional en educación*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Caupena, G. y Contel, M. (2009). Comorbilidad del trastorno por déficit de atención e hiperactividad: a propósito de un caso. *Revista Psiquiátrica Biológica*. Volumen 16 (nº 2), 97-100. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-comorbilidad-del-trastorno-por-deficit-13139901>
- Delgado, I. D., Rubiales, J., Etchepareborda, M. C., Bakker, L. y Bernado, J. (2012). Intervención Multimodal del TDAH: El papel coterapéutico de la familia. *Revista Argentina de Clínica Psicología*. Volumen 21 (nº 1), 45-51. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281925884005>
- FEAADAH (s.f.). *El niño con Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad. TDAH Guía para padres*. Recuperado el 20/05/2015 de: <http://www.feaadah.org/medimg40>
- Fernández, E., Vidal, I., Hogueras, L., Manzano, M. J., Martín, S., De Pablos, M. E., (...) y López, B. (2010). *Guía para padres y profesionales de la educación y la medicina sobre el TDAH*. Valladolid: Fundaicyl. Recuperado de http://www.fundaicyl.org/guiaFUNDACYL_2010.pdf

- Fernández, P. y Extremera, N. (2005). La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*. Volumen 19 (nº 3), 63-93. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27411927005>
- Foley, M. (2011). A comparison of family adversity and family dysfunction in families of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and families of children without ADHD. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. Volumen 16, 39-49. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21294834>
- Fundación CADAH (s.f.). *Pruebas para evaluar la competencia social en el TDAH*. Recuperado el 18/05/2015 de: <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/pruebas-para-evaluar-la-competencia-social-en-el-tdah.html>
- González, R. y Villanueva, L. (2014). *Recursos para educar en emociones: de la teoría a la acción*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Harada, Y., Yamazaki, T. y Saitoh, K. (2002). Psychosocial problems in attention-deficit hyperactivity disorder with oppositional defiant disorder. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*. Volumen 56 (nº 4), 365-369. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1440-1819.2002.01024.x/abstract>
- Hervás, A. y Durán, O. (2014). El TDAH y su comorbilidad. *Revista Pediatría Integral*. Volumen 28 (nº 9), 643-654. Recuperado de: <http://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/01/Pediatr%C3%ADa-Integral-XVIII-9.pdf#page=55>
- Hidalgo, M. I. y Sánchez, L. (2014). TDAH. Manifestaciones clínicas y evolución. Diagnóstico desde la evidencia científica. *Revista Pediatría Integral*. Volumen 28 (nº 9), 609-623. Recuperado de: http://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2014/xviii09/03/n9-609-623_Ines%20Hidalgo.pdf
- Izuzquiza, D. y Azpeitia, A. (2013). *Buenas maneras para una mejor convivencia desde la infancia a la edad adulta*. Madrid: Pirámide.
- Láez, M. C., Requejo, M., Silvano, J. J. y Velasco, M.C. (2009). *Protocolo de coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Junta de Castilla y León. Recuperado de: <http://www.youblisher.com/p/110957-Protocolo-Coordinacion-TDAH/>
- Lasa, A. (2007). El TDAH en el momento actual: controversias, divergencias y convergencias. *Revista de psicopatología y salud mental*. Volumen 2, 9-16. Recuperado de: http://www.fundacioorienta.com/pdf/Dr_Lasa_Article.pdf
- Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa, (BOE Nº 295, de 10/12/2013).

- López, C. y Romero, A. (2013). *TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia. Clínica, diagnóstico, evaluación y tratamiento*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Loro, M., Quintero, J., García, N., Jiménez, B., Pando, F., Varela, P., (...) y Correas, J. (2009). Actualización en el tratamiento del TDAH trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurobiología*. Volumen 49 (nº 5), 257-264. Recuperado de: http://www.uma.es/media/files/Actualizacion_en_el_tratamiento_del_tdah_1.pdf
- Navarro, E., Meléndez, J. C., Sales, A. y Sancerni, M. D. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Revista Psicothema*. Volumen 24 (nº 3), 377-383. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72723439006>
- Mabres, M., Escardíbul, M., Lasa, A., López, A., Martínez, B., Miró, M. T., (...) y Segú, S. (2012). *Hiperactividades y déficit de Atención. Comprendiendo el TDAH*. Barcelona: Octaedro.
- Mancilla, F. (2012). *Aplicación Proyecto Emociones*. Chile: Universidad Valparaíso. Recuperado de: <https://play.google.com/store/apps/details?id=air.Proyectoemociones&hl=es>
- Manzano, E. y Gutiérrez, M. (2010). *Recetas de lluvia y azúcar*. Barcelona: Thule Ediciones.
- Matthews, M., Nigg, J. T. y Fair, D. M. (2014). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*. Volumen 16, 235-266. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4079001/>
- Mena, B., Nicolau, R., Salat, L., Tort, P. y Romero, E. (2006). Guía práctica para educadores. El alumno con TDAH, Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (2ª Edición). Barcelona: Ediciones Mayo. Recuperado de: [http://www.fundacionadana.org/sites/default/files/LIBRO_ALUMNO_TDAH_\(11\)_indd_1.pdf](http://www.fundacionadana.org/sites/default/files/LIBRO_ALUMNO_TDAH_(11)_indd_1.pdf)
- Monjas, M. I. y de la Paz, B. (2000). *Las habilidades sociales en el currículo*. Ministerio de Educación Cultura y Deporte, Centro de Investigación y Documentación Educativa.
- Monjas, M. I. (2012). *Programa de Enseñanza de Habilidades de Interacción Social (PEHIS). Para niños y niñas en edad escolar (10ª edición)*. Madrid: CEPE.
- ORDEN EDU/1152/2010, de 3 de agosto, por la que se regula la respuesta educativa al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo escolarizado en el segundo ciclo de Educación Infantil, Educación Primaria, Educación Secundaria Obligatoria, Bachillerato y Enseñanzas de Educación Especial, en los centros docentes de la Comunidad de Castilla y León, (BOCYL Nº 156, de 13/08/2010).

- Orjales, I. (2005). *Estrategias para la mejora de la conducta y el rendimiento escolar del niño con TDAH en el aula*. Madrid: Esquema de comunicaciones.
- Ovejero, A. (1990). Las habilidades sociales y su entrenamiento: un enfoque necesariamente psicosocial. *Revista Psicothema*. Volumen 2 (nº 2), 93-112. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/670.pdf>
- Parellada, M. J. (2009). *TDAH: trastorno por déficit de atención e hiperactividad de la infancia a la edad adulta, de la infancia a la edad adulta*. Madrid: Alianza Editorial.
- Pascual-Castroviejo, I. (2009). *Síndrome de déficit de atención-hiperactividad (4ª edición)*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Pelayo, J. M., Trabajo, P. y Zapico, Y. (2012). Aspectos históricos y evolución del concepto de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): Mitos y realidades. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, Volumen 11 (nº 2), 7-20. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4738656>
- Presentación, M. J., Siegenthaler, R., Jara, P. y Miranda, A. (2010). Seguimiento de los efectos de una intervención psicosocial sobre la adaptación académica, emocional y social de niños con TDAH. *Revista Psicothema*. Volumen 22 (nº 4), 778-783. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/3801.pdf>
- Proyecto Papelillos. (2012). *Cuentos de Educación Emocional. Segundo trimestre. Educación Infantil*. Sevilla: Editorial Algaida.
- Puentes, P., Jiménez, G., Pineda, W., Pimienta, D, Acosta, J., Cervantes, M. L., (...) y Sánchez, M. (2014). Déficit en Habilidades Sociales en Niños con Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad, Evaluados con la Escala BASC. *Revista Colombiana de Psicología*. Volumen 23 (nº 1), 95-106. Recuperado de: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:wo3sWW9mAVwJ:dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4763688.pdf+&cd=4&hl=es&ct=clnk&gl=es>
- Ramos, M. J. (1987). Del síndrome de daño cerebral al trastorno de déficit de atención: revisión crítica. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Volumen VII (nº 20), 40-71. Recuperado de: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/14916/14784>
- Segura, M., Mesa, J. R. y Arcas, M. (1997). *Programa de competencia social: Decide tú (A, B, C) y Habilidades Cognitivas*. Educación Primaria. Materiales Curriculares Innova. Canarias. Consejería de Educación, Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias.

- Shaw, P. Stringaris, A., Nigg, J. y Leibenluft, E. (2014). Emotional dysregulation and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *The American Journal of Psychiatry*. Volumen 171 (n° 3), 276-293. Recuperado de: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2013.13070966>
- Soutullo, C. y Díez, A. (2007). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O y Langley, K. (2013). Practitioner Review: What have we learnt about the causes of ADHD? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Volumen 54 (n° 1), 3-16. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3572580/>
- Thapar, A., Cooper, M., Jefferies, R. y Stergiakouli, E. (2012). What causes attention deficit hyperactivity disorder?. *Arch Dis Child*. Volumen 97, 260-265. Recuperado de: <http://adc.bmj.com/content/97/3/260.full.pdf>
- Vallés, Antonio, Vallés, Consol y Vallés, Alfred (2013). *Habilidades sociales y emocionales 1: desarrollo de la competencia social y emocional (Atención a la diversidad)*. Valencia: Editorial Promolibro.
- Valls, C., Vidal, R., Abad, A., Corrales, M., Richarte, V. y Casas, M. (2015). Intervenciones de orientación cognitivo-conductual en adolescentes con trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*. Volumen 60 (n° 1), 115-120. Recuperado de: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/60S01/bnS01S115.pdf>
- Vega, F. M. (2012). Protocolo de Intervención en TDAH. ADHD clinical guidelines in “El Bierzo” Area. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, Volumen 11 (n° 2), 21-36. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4738684>
- Wenlan, M. A., Yasong, M. D., Xiangyang, M. A. y Coghill, M. D. (2014). Prevalence and contributing factors to ADHD: A study of five- to fifteen-year-old children in Zhabei District, Shanghai. *Asia-Pacific Psychiatry*. Volumen 6 (n° 4), 397-404. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/appy.12114/full>
- Yüce, M., Zoroglu, S. S., Ceylan, M. F., Kandemir, H. y Karabekiroglu, K. (2013). Psychiatric comorbidity distribution and diversities in children and adolescents with ADHD: a study from Turkey. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. Volumen 9, 1791–1799. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3833407/>
- Zapico, Y. y Pelayo, J. M. (2012). Controversias en el TDAH. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, Volumen 11 (n° 2), 97-105. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4738828>

APÉNDICES

APÉNDICE I: COMORBILIDAD TDAH

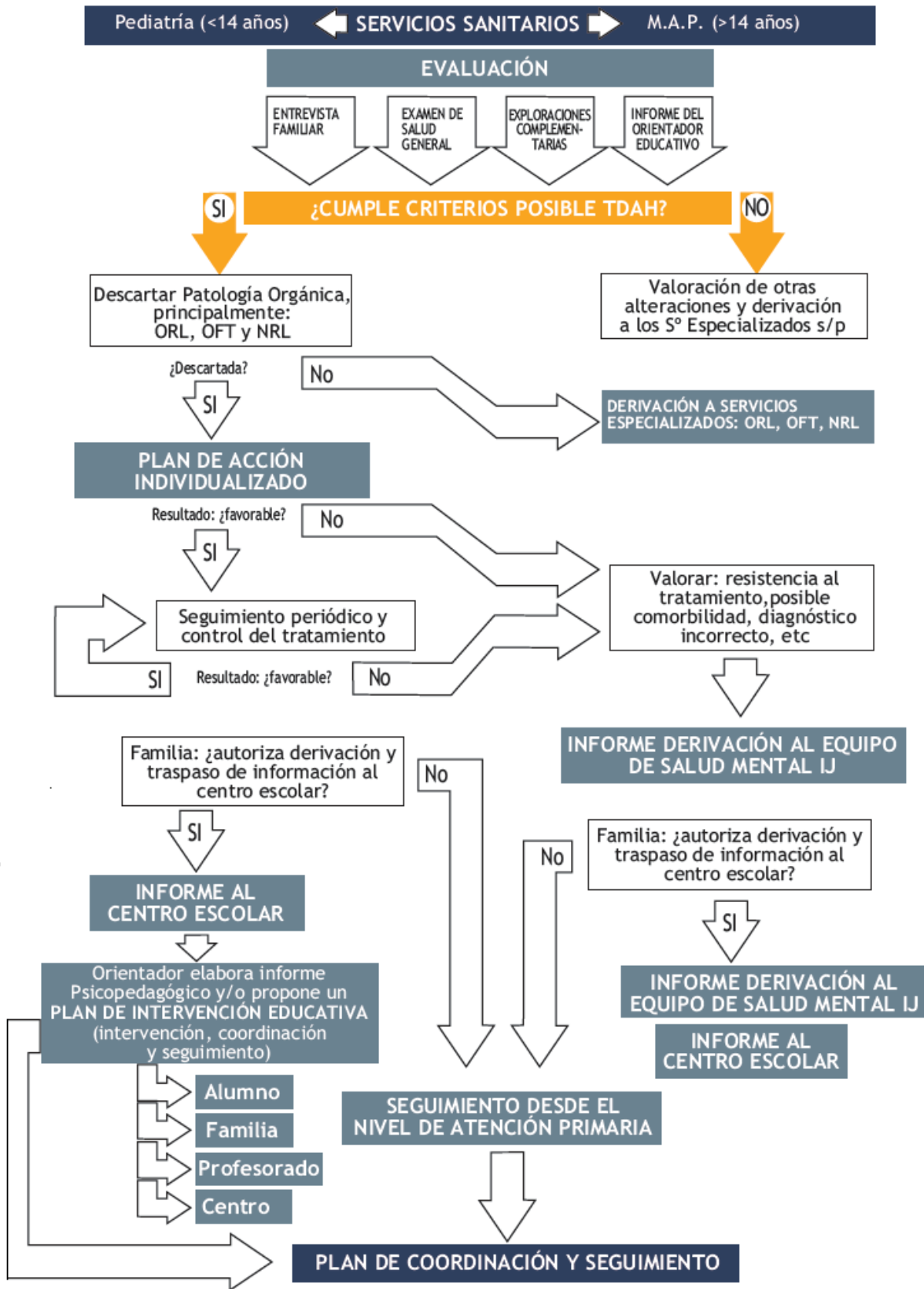
Table 2 Psychiatric comorbidities in cases with attention deficit/hyperactivity disorder according to diagnostic subtypes

	ADHD-C type (n=93) n (%)	ADHD-PI type (n=15) n (%)	SD	χ^2	P
Disruptive behavior disorder	77 (82.8)	4 (26.7)	1	18.811	0.000
Oppositional defiant disorder	71 (76.3)	4 (26.7)	1	12.777	0.000
Conduct disorder	6 (6.5)	0 (0.0)		–	0.593
Mood disorder	10 (10.8)	3 (20.0)		–	0.386
Depressive disorder	7 (7.5)	3 (20.0)			0.122
Bipolar disorder	3 (3.2)	0 (0.0)			1.000
Anxiety disorder	42 (45.2)	11 (73.0)	1	4.104	0.043
Separation anxiety disorder	18 (19.4)	3 (20.0)			1.000
Social phobia	11 (11.8)	9 (60.0)			0.000
Generalized anxiety disorder	31 (33.3)	5 (33.3)	1	0.000	1.000
Obsessive–compulsive disorder	4 (4.3)	2 (13.3)			0.194
Panic disorder	6 (6.5)	3 (20)			0.109
Post-traumatic stress disorder	2 (2.2)	0 (0.0)			1.000
Tic disorder	15 (16.1)	1 (6.7)			0.462
Chronic vocal tic disorder	0 (0.0)	0 (0.0)			NA
Chronic motor tic disorder	4 (4.3)	0 (0.0)			1.000
Tourette's disorder	11 (11.8)	1 (6.7)			1.000
Elimination disorder	26 (28.0)	4 (26.7)			1.000
Enuresis	21 (22.6)	2 (13.3)			0.518
Encopresis	0 (0.0)	1 (6.7)			0.140
Enuresis and encopresis	5 (5.4)	1 (6.7)			1.000

Abbreviations: ADHD-C, attention deficit/hyperactivity disorder-combined subtype; ADHD-PI, attention deficit/hyperactivity disorder-predominantly inattentive subtype; NA, not applicable, sample size too small to calculate P-value; SD, standard deviation.

Frecuencia de los trastornos comórbidos en el TDAH (Yüce, et al., 2013).

APÉNDICE II: ALGORITMO DE DETECCIÓN TEMPRANA DE TDAH (Láez, et al., 2009).



APÉNDICE III: “Hoja de registro de la práctica” (Monjas, 2012, pp. 97-98).

Alumno/a: _____

Profesor/a: _____

PLANIFICACIÓN DE LA TAREA

¿Qué tengo que hacer?, ¿Por qué?

¿Con quién?

¿Cuándo y dónde?

¿Cómo?

REVISIÓN DE LA TAREA

¿Qué hice? ¿Por qué lo hice?

¿Con quién lo hice?

¿Cuándo y dónde lo hice?

¿Qué pasó?

¿Cómo lo hice?



¿Por qué?

APÉNDICE IV: “Emocíonate”.

CLASIFICAMOS LAS EMOCIONES

A continuación, se observan un listado de emociones/sentimientos. Clasifíquelos según su tipología (física o cognitiva) y según su valor (positiva o negativa).

tristeza – hambre – pena – frío – alegría – cariño - envidia – sed – preocupación – amor – vergüenza – sed – timidez – satisfacción – cansancio – felicidad – desprecio – soledad – aburrimiento – dolor – miedo – esperanza – odio – ternura – solidaridad

EMOCIONES

<i>Física</i>		<i>Cognitiva</i>	
+	-	+	-

¿CUÁNDO TE SIENTES ASÍ?

A continuación se muestran diferentes frases incompletas relacionadas con sentimientos/ emociones muy comunes en nuestra vida. Describe aquellas situaciones o momentos en los que hayas sentido dichas emociones.

Siento felicidad cuando...

Siento tristeza cuando...

Siento miedo cuando...

Siento enfado cuando...

Siento cariño cuando...

APÉNDICE V: “Si yo fuese...”

¿CÓMO TE SENTIRÍAS?



Si yo fuese el pollito negro me sentiría...

Si yo fuese el pollito negro me gustaría que...

Si yo fuese la niña me sentiría...

Si yo fuese la niña me gustaría que...



Si yo fuese el niño me sentiría...

Si yo fuese el niño me gustaría...

Si yo fuese el niño del pantalón azul me sentiría...

Si yo fuese el niño del pantalón azul me gustaría...



APÉNDICE VI: Ejemplo “Proyecto emociones” (Mancilla, 2012)

Descargar en:

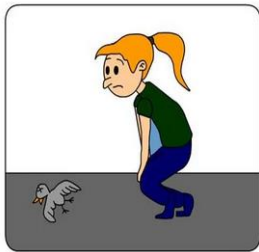
https://play.google.com/store/apps/details?id=air.Proyectoemociones&feature=search_result#?t=W251bGwsMSwxLDEsImFpci5Qcm95ZWNo2Vtb2Npb25lcjJd

proyect@ emociones



NIVEL 4-1

¿CÓMO SE SIENTE LA NIÑA?



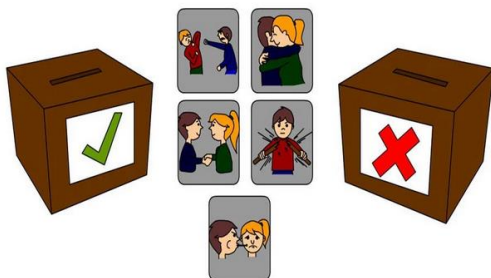
NIVEL 4-3

JUANITA QUIERE UN DULCE, LA MADRE LE COMPRA UN DULCE. ¿CÓMO SE SIENTE JUANITA?



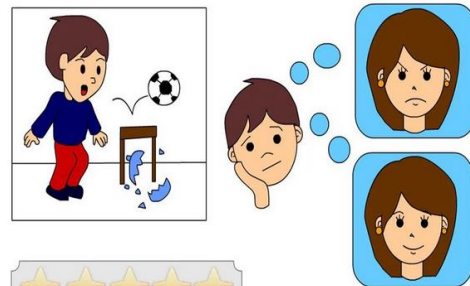
NIVEL 5-2

SEPARA BUENOS Y MALOS



NIVEL 5-3

¿CÓMO SE SIENTE LA MAMÁ?



APÉNDICE VII: “Cuentos Educación Emocional” (Algaída, 2012)

EL BARCO DE PAPEL

En este cuento...

Se habla de la cooperación y el trabajo en equipo. Los protagonistas enseñan a los niños y niñas que colaborando e intentando hacer las cosas con la ayuda de los demás se pueden resolver los pequeños problemitas que se les plantean.

A través del trabajo con este cuento desarrollaremos los siguientes objetivos pedagógicos:

- Enseñarles a identificar la necesidad de pedir ayuda y de ayudar cuando sea necesario.
- Enseñarles que todos y todas podemos aportar algo a los demás.
- Reconocer la importancia de la cooperación.
- Desarrollar destrezas y habilidades para participar en el grupo.
- Desarrollar habilidades de empatía.
- Enseñarles a resolver los problemas que se les plantean por medio del diálogo.
- Comprender que cada persona expresa sus ideas, sentimientos y emociones de manera diferente y que hay que aceptar y tolerar estas diferencias.

Había una vez tres amigos muy amigos. Se llamaban Miguel, Alicia y Rodrigo. Los tres eran muy distintos. Miguel era un conejito de peluche, Alicia una muñeca y Rodrigo un robot. Vivían juntos en un cajón de juguetes. Cuando todos se dormían, ellos tres se levantaban, corrían y jugaban. Alicia jugaba al fútbol, Miguel a las carreras y Rodrigo al ping-pong. “Ji-ji-ji”, se reía Alicia. “Zfzfzf”, decía Miguel. “Bip-bip-bip”, sonaba Rodrigo. Cada cual a su manera, se reían un montón.

Un día que hacía mucho calor, los tres fueron de excursión y se llevaron con ellos un gran barco de papel. Cuando llegaron al mar, los juguetes se subieron en el barco, y felices y contentos navegaron. Pero..., ¿a que no sabéis qué pasó? Que al cabo de dos minutos el barquito se mojó. Tanta agua entró que el barco empezó a hundirse. Y rápido, rápido, cada uno se puso a remar por su lado. El barco empezó a dar vueltas sobre sí mismo. ¿Sabéis girar sobre vosotros mismos?





–¡Socorroooooooooooooo! –gritaba Alicia.
–¡Fzzzzzzzzzzzzzzzzzzzz! –decía Miguel.
–¡Biiiiiiiiiiiiip-biiiiiiiiiiiiip! –chillaba Rodrigo.
Cada uno remaba por su lado. ¡Era un líooooooooo!
–¡Todos al mismo tiempo! –dijo Alicia.

Y así, Miguel, Alicia y Rodrigo remarón al mismo tiempo. El barquito espachurrado pudo volver a la orilla. ¡Vaya susto se habían dado los tres amigos! Esa noche durmieron muy juntos en la caja de los juguetes. Miguel, Alicia y Rodrigo habían aprendido una cosa: que juntos somos capaces de hacer muchas más cosas que solos.

Para pensar más...

- *¿Creéis que los protagonistas actuaron bien?, ¿Por qué?*
- *¿Cómo habrías actuado tú?*
- *¿Crees que es mejor trabajar sólo o en equipo?, ¿Por qué?*
- *Cuenta alguna situación en la que haya sido beneficioso para ti el trabajo en equipo.*

LA JIRAFAS Y LA TORTUGA

En este cuento...

Se habla de la amistad. De la mano de Julia y Carla, las simpáticas protagonistas, los niños y niñas aprenderán que el valor amistad está por encima de pensar o ser de manera diferente.

A través del trabajo con este cuento desarrollamos los siguientes objetivos pedagógicos:

- Aprender a aceptar el punto de vista del otro.
- Enseñarles que cada uno expresa sus emociones y sentimientos de forma diferente.
- Descubrir el sentido de la amistad.
- Desarrollar habilidades de empatía.
- Valorar la importancia y la necesidad de tener amigos.
- Expresar cariño y afecto a sus amigos y amigas.



Hace mucho, mucho tiempo en África vivían dos amigas muy curiosas. Una era una jirafa muy alta que se llamaba Julia y la otra era una tortuga bajita que se llamaba Carla. La jirafa y la tortuga no podían ser más diferentes. Cuando la jirafa quería correr y jugar, a la tortuga le apetecía echarse una siesta y bostezar así: ¡uaaaaaaaaaahhhhhhh!

–Mira qué nubes más bonitas hay en el cielo –decía la jirafa.

–Pues mira qué flores más chulas hay en el suelo –contestaba la tortuga.

Cuando Julia quería bañarse en el río, Carla prefería quedarse en casa y ver los dibujos.

Alguna vez Julia y Carla se enfadaban.

–Pues vale, pues me voy yo sola –decía Julia.

–Pues bueno, pues yo me quedo aquí –contestaba Carla.

Pero cuando Julia estaba sola, le daba un poco de miedo todo y pensaba: "si estuviera aquí Carla me diría: *no pasa nada, mujer si es solo el viento*". Y la tortuga, sola en casa, veía la televisión y se moría de aburrimiento. Pensaba: "vaya rollazo, si estuviera aquí Julia jugaríamos a algo divertido".

Un día, la jirafa, de pronto, se paró, se rascó la cabeza y dijo:

–Yo me voy a ver los dibujos con mi amiga.

Al mismo tiempo, en casa, Carla se puso su bañador y dijo:

–Yo me voy al río a bañarme con mi amiga.

De tanta prisa que tenían por encontrarse... ¡catacro!, en la puerta de su casa se chocaron las dos. Ahora Julia tiene un chichón y Carla un buen arañazo.

–¡Jajajaja! –se reían las dos amigas sentadas en el suelo–. ¡Qué tontas hemos sido al enfadarnos por pensar de forma diferente!

Las dos amigas se dieron un enorme abrazo.



Para pensar más...

- *¿Creéis que los protagonistas actuaron bien?, ¿Por qué?*
- *¿Cómo habrías actuado tú?*
- *¿Crees que es bueno tener amigos muy diferentes a ti?, ¿Por qué?*
- *¿Tienes algún amigo que sea muy diferente a ti?, ¿Qué hacéis cuando no estáis de acuerdo en algo?*

LA MOSCA AGUSTINA

En este cuento...

Se habla del respeto a las reglas. La narración nos muestra las consecuencias que tiene el desobedecer y no cumplir las normas pactadas.

A través del trabajo con este cuento desarrollamos los siguientes objetivos pedagógicos:

- Discriminar entre lo que queremos hacer y lo que "se debe" hacer.
- Reconocer la necesidad de respetar a las personas mayores y a los compañeros y compañeras.
- Desarrollar destrezas y habilidades para reconocer nuestros errores y poder aprender de ellos.
- Hacerle ver la importancia y la necesidad de respetar las normas en los diferentes contextos en los que se desenvuelva.
- Ayudar a que, poco a poco, valoren la relación causa-efecto de sus actos.
- Empezar a reconocer los errores propios.



Había una vez una mosca muy traviesa que se llamaba Agustina. Vivía en un parque de la ciudad con sus 45 hermanas. ¿Sabéis por qué? Porque en los parques hay helados, trozos de bocadillos de mortadela, gotas de ketchup y un montón de cosas que a las moscas les encantan. Pero claro, con tantas hermanas, la mamá de Agustina no paraba de gritar:

–¡Cuidado Marcelina, no vuelas tan rápido! ¡Ojo Aurelia, que vas volando sin mirar! ¡Agustina, Agustina, no te vayas tan lejos que te vas a perder!

Las moscas suelen ser obedientes, pero Agustina no era una mosca corriente. A ella le gustaba volar muy alto y ver el parque desde arriba. Subía lo más alto posible y luego bajaba volando en picado.

–Agustina hija, un día vas a volar tan alto que no vas a poder bajar –decía su mamá.

Pero ella ni caso. Un día subía a lo alto de un árbol, otro al tejado de una casa y al siguiente a una nube blanca con forma de dragón.

APÉNDICE VIII: Dilemas sociales y morales. Adaptados de Segura, Mesa y Arcas (1997).

Dilema 1: Durante un partido de balonmano, Juan tira a portería y el balón pasa por encima fallando el tiro. Juan se acerca a su padre y le dice, “es inevitable, nunca meteré gol, quiero irme a casa”.

- ✚ ¿Qué debería hacer Juan?, ¿Por qué?
- ✚ ¿Alguna vez has tenido miedo a fracasar en algo y eso te ha hecho abandonar?
- ✚ ¿Cómo habrías actuado tú?

Dilema 2: A Sandra, mi compañera de clase, le gusta mucho el chocolate. Yo quiero ser su amigo, pero ella no muestra interés en serlo. Si durante varios días le traigo una chocolatina, es casi seguro que se hará amigo mío. Pero pienso que eso sería "comprar su amistad".

- ✚ ¿Le traigo los chocolates, sí o no?, ¿Por qué?
- ✚ ¿Alguna vez has pensado lo mismo que Sandra?
- ✚ ¿Cómo crees que ha de ser un buen amigo?

Dilema 3: Un compañero/a de mi clase ayer no me dejó jugar con su pelota, pero hoy él quiere jugar con mi pelota porque no trajo la suya.

- ✚ ¿Le dejo jugar, sí o no?, ¿Por qué?
- ✚ ¿Cómo ha de ser un buen compañero de clase?
- ✚ ¿Cómo habrías actuado tú?

Dilema 4: Estamos haciendo un examen en clase. Un compañero, que no ha estudiado nada porque ha estado jugando y viendo la televisión, me pide que le diga las respuestas del examen. Pero si se las digo y me pilla el profesor podría suspender.

- ✚ ¿Le digo las respuestas, sí o no?, ¿Por qué?
- ✚ ¿Estaría actuando bien el compañero que no ha estudiado?, ¿Por qué?
- ✚ ¿Cómo habrías actuado tú?

Dilema 5: Un compañero de clase le quita la cartera a una profesora de su bolso y yo lo veo. La profesora echa la culpa a otro, conocido por ser un poco "gamberro". Yo le digo al que robó que él tiene que decir que fue él, para que no culpen al otro. Pero él se niega y me amenaza si yo digo algo.

- ✚ ¿Le acuso yo o dejo que echen la culpa al otro?, ¿Por qué?
- ✚ ¿Cómo habrías actuado tú?

APÉNDICE IX: “Me transformaría en...”.

¿EN CUÁL DE ESTOS PERSONAJES TE GUSTARÍA TRANSFORMARTE?



APÉNDICE X: “¿Cómo eres?”.

¿CÓMO TE VES?

Ya conocemos muchas emociones que podemos sentir a lo largo de nuestra vida. Pero... ¿Con cuáles de ellas te identificas más?, ¿Qué adjetivos crees que te definen?, ¿Cambiarías algo de tí?...

Lo que más me gusta de mi es que soy una persona...

Lo que menos me gusta de mi es que soy una persona...

¿Cómo cambiarías aquello que no te gusta de ti?

¿CÓMO ACTUARÍAS TÚ?

A continuación se presentan una serie de situaciones sociales que ocurren diariamente a nuestro alrededor. ¿Cuál crees que sería la mejor la manera de actuar ante cada una de ellas?, ¿Cómo actuarías si de repente te vieses inmerso en alguna?

Situación 1: Juegas en un equipo de baloncesto. Tu equipo y tú acabáis de jugar un partido, habéis ganado y estáis muy contentos. Todos los de tu equipo lo están celebrando a lo grande y están riéndose del equipo contrario. En el equipo contrario hay un niño que está muy triste y llorando.

¿Cómo deberían actuar los niños de tu equipo?, ¿Cómo habrías actuado tú?

Situación 2: Una señora va paseando por la calle y ve que están pegando a un chico. El chico no se puede defender, ni puede escapar de esa situación.

¿Cómo debería actuar la señora?, ¿Cómo habrías actuado tú?

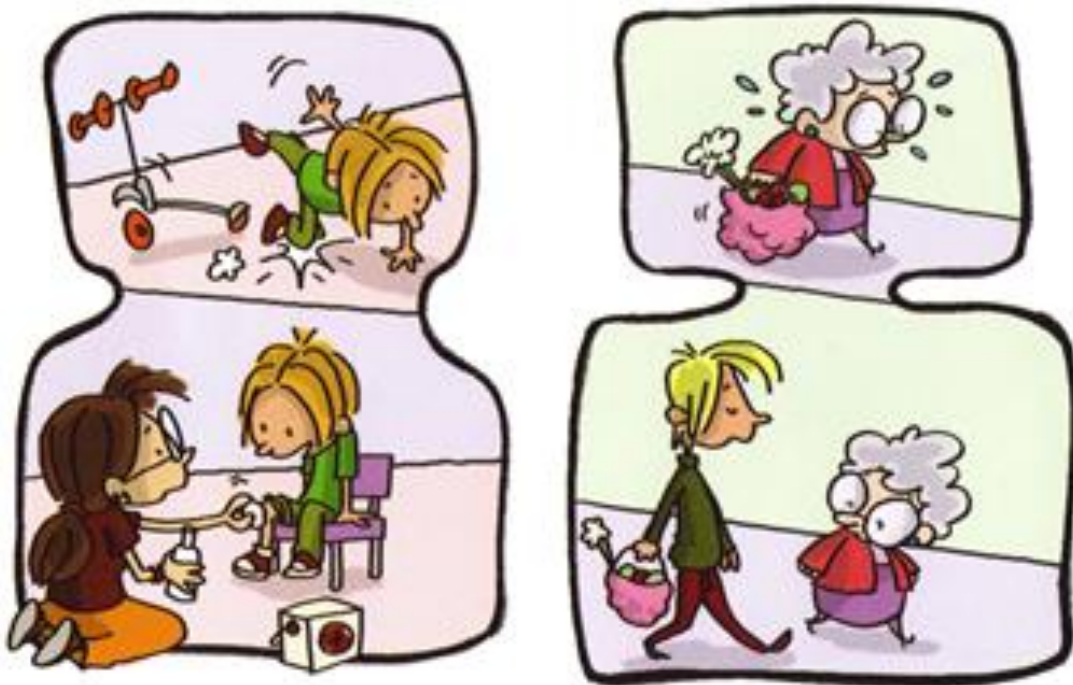
Situación 3: Álvaro se encuentra 20 € en el suelo. No sabe de quién es, ni a quién se le pueden haber perdido.

¿Cómo debería actuar Álvaro?, ¿Cómo habrías actuado tú?

Situación 4: En el recreo hay un grupo de niños que están jugando al fútbol. Álex es un niño que no se le da muy bien el deporte, siempre está esperando que le elijan para un equipo y eso nunca pasa. Es el turno de elegir y Daniel no sabe qué hacer porque quiere escoger a los mejores y ganar el partido.

¿Cómo debería actuar Daniel?, ¿Cómo habrías actuado tú?

SÉ DAR LAS GRACIAS (Editorial Casals, s.f.)



APÉNDICE XI: “Somos amigos”.

Dibuja a tu mejor amig@ y escribe aquellas características que más te gustan de él/ella.

Mi mejor amig@ es: _____
Es mi amig@ porque:

APÉNDICE XII: “El libro de mi vida”.

<p>El libro de mi vida.</p> <p>_____</p>	<p>Mi nombre es: Nací el ____ en ____. Vivo en: Mi padre se llama: Mi madre se llama: Tengo ____ hermanos/as, que se llaman: _____.</p>
<p>Esta es mi familia: (pega una foto o dibújala)</p>	<p>¿Tengo mascotas? ¿Juego a algún deporte? Mi color favorito es el ____ Mi comida preferida es ____. Mi canción favorita es ____. Mi mejor amigo/a es ____. La persona que más quiero es ____.</p>
<p>Físicamente me considero: Me gusto porque soy: Lo que más valoro de una persona es: Lo que no soporto de una persona es:</p>	<p>El mejor momento de mi vida fue cuando: Mi sueño es: De mayor quiero ser:</p>

APÉNDICE XIII: “Conversaciones”

TEMA/ACTITUD

<p>Un niño está llorando y no quiere contar lo que ha sucedido y el otro intenta averiguar qué le pasa.</p>	<p>Te invitan a una fiesta que no te apetece ir. Uno deberá insistir y el otro saber decir que no.</p>	<p>Te piden que colabores en la elaboración de un mural. Uno hará de líder exigente y el otro tendrá una actitud complaciente.</p>	<p>Se ha muerto una persona cercana para ti. El otro compañero deberá mostrar empatía e intentar animarte.</p>
<p>Te gustaría invitar a un amigo tuyo al cine pero te da mucha vergüenza. El otro deberá ayudar a su amigo a expresarse cómodamente.</p>	<p>Debate: uno a favor y otro en contra de las salidas al campo.</p>	<p>Estáis organizando una excursión. Tendréis que exponer razones y poneros de acuerdo para decidir dónde ir y porqué.</p>	<p>Te has perdido en la calle y no sabes que hacer. El otro deberá intentar ayudarte a volver a casa.</p>
<p>Vas al parque y quieres jugar con el otro niño en los columpios. Deberás presentarte, preguntarle sus intereses, si quiere jugar contigo...</p>	<p>Dos compañeros están discutiendo y un tercero intenta mediar y que lo arreglen.</p>	<p>Un niño está sólo en el patio. Acércate y pregúntale qué le pasa.</p>	<p>Dependiente y cliente. Vas al supermercado a comprar algo que te ha pedido tu madre y no recuerdas cómo se llama.</p>

APÉNDICE XIV: Evaluación

Tabla 5: Criterios de evaluación de las sesiones (Elaboración propia, 2015).

CRITERIO DE EVALUACIÓN	GRADO DE CUMPLIMIENTO		
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
Comprende el significado de diferentes emociones.			
Expresa y maneja de forma adecuada sus emociones.			
Manifiesta una autoestima y un autonecepto positivo.			
Muestra una actitud crítica y reflexiva.			
Colabora y trabaja en equipo durante las actividades.			
Muestra empatía y respeto hacia las opiniones de los demás.			
Resuelve problemas y toma decisiones de forma reflexiva y asertiva, en base a unos criterios morales y éticos.			
Es capaz de mantener una relación sana de amistad.			
Dialoga y se comunica con los demás adaptándose al contexto.			

Tabla 6: Registro de evaluación de práctica docente en cada sesión (Elaboración propia, 2015).

CRITERIO	SI	NO	OBSERVACIONES
Los objetivos didácticos están bien planteados.			
Los materiales propuestos son los adecuados.			
La metodología empleada ha sido correcta.			
Es necesario repetir la actividad.			
La actividad ha sido motivante para el alumno.			
Se ha creado un clima de aula de respeto y confianza.			