



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

GRADO EN EDUCACIÓN PRIMARIA

Mención en Audición y Lenguaje

Curso académico 2014 - 2015

TRABAJO FIN DE GRADO:

EL TDAH Y LA DISFEMIA EN EDUCACIÓN PRIMARIA

Presentado por: Dña. M^a Sheila Alonso Escribano para optar al título de
Grado de Educación Primaria por la Universidad de Valladolid

Tutelado por: Dra. Noelia García González

"La enseñanza que deja huella no es la que se hace de cabeza a cabeza, sino de corazón a corazón" (Howard G. Hendricks)

Agradecimientos

En primer lugar, me gustaría agradecer a mi tutora del TFG, Noelia García, puesto que sin ella no hubiera sido posible la realización de este trabajo, por la supervisión, las correcciones y la paciencia que ha dedicado a este trabajo.

En segundo lugar, deseo dar las gracias a mi familia, la cual se ha implicado en todo mi proceso de formación como futura docente y no ha dejado de apoyarme y confiar en mí en ningún momento para que mi sueño se hiciera realidad.

Por último, a mis compañeros de facultad y mis amigos, pues sin sus ánimos y consejos la consecución de este trabajo hubiera sido muy difícil.

RESUMEN

Este trabajo pretende dar a conocer la disfemia, uno de los trastornos del habla menos frecuentes entre la población infantil, estableciendo una relación con el TDAH, trastorno cuya tasa de indecencia en la población infantil es muy elevada. Para ello, hemos elaborado una propuesta de intervención a través de la indagación sobre las características de ambos trastornos y los factores afectados que tienen en común. Finalmente, y tras determinar los puntos sobre los que queríamos intervenir, hemos diseñado la propuesta, la cual va dirigida a aquellos alumnos que se encuentren en 3º de Educación Primaria. Dicha propuesta está dividida en diferentes sesiones que abarca el periodo de un trimestre escolar. Además, las sesiones están compuestas por diferentes actividades cuya principal característica es la participación activa del alumno.

PALABRAS CLAVE:

TDAH, trastornos del habla, educación, intervención y control de la comunicación.

ABSTRACT

This work attempts to release the stuttering, one of the less common speech disorders among children, establishing a relationship with ADHD, whose indecency's rate on children is very high. To elaborate it, we have developed an intervention proposal through the inquiry about both disorders and the factors that they have in common. Finally, and after determining the points we wanted to intervene, we have designed the proposal which is aimed at those students who are in 3rd Primary Education. The said proposal, is divided into different sessions that cover a school term period. In addition, sessions are composed of different activities whose main feature is the students' active participation.

KEY WORDS:

ADHD, speech disorders, education, intervention and communication control.

ÍNDICE

RESUMEN	V
JUSTIFICACIÓN.....	1
MARCO TEÓRICO	3
1. EL TDAH	3
1.1. Evolución del concepto de TDAH.....	3
1.2. Definición y descripción del TDAH	5
1.3. Etiología del TDAH.....	6
1.3.1. Explicaciones basadas en la anatomía cerebral y en su funcionamiento.....	6
1.3.2. Explicaciones basadas en la química del cerebro.....	6
1.3.3. Explicaciones basadas en la genética	7
1.3.4. Explicaciones basadas en la psicología del TDAH.....	7
1.4. Comorbilidad del TDAH	7
1.5. Evaluación y criterios diagnósticos del TDAH.....	9
1.6. Tratamiento multimodal del TDAH.....	12
1.6.1. Tratamiento farmacológico	13
1.6.2. Tratamiento no farmacológico	13
A. Tratamiento psicológico	13
B. Tratamiento psicopedagógico	14
C. Intervención familiar	14
D. Mindfulness	14
2. LA DISFEMIA	15
2.1. Evolución del concepto de disfemia.....	15
2.2. Definición y descripción de la disfemia	16
2.3. Etiología de la disfemia.....	18
2.4. Teorías explicativas de la disfemia	19
2.5. Evaluación y criterios diagnósticos de la disfemia.....	20
2.6. Técnicas de intervención de la disfemia.....	21
METODOLOGÍA	23
DISEÑO DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	24
1. CARACTERÍSTICAS DE LA PROPUESTA	24
2. OBJETIVOS.....	25

3. DESTINATARIOS	27
4. CONTEXTUALIZACIÓN	27
5. METODOLOGÍA	27
BLOQUES DE INTERVENCIÓN	28
SISTEMA DE MOTIVACIÓN.....	29
OTRAS CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS	29
6. SECUENCIA DE ACTIVIDADES	29
7. EVALUACIÓN	39
CONTEXTO.....	43
CONCLUSIONES Y REFLEXIÓN FINAL	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
WEBS RELACIONADAS CON LOS TEMAS TRATADOS	47
APÉNDICES.....	48
APÉNDICE 1 - TABLAS DEL MARCO TEÓRICO	48
APÉNDICE 2 - METODOLOGÍA DE LA PROPUESTA.....	50
APÉNDICE 3 - SISTEMA DE MOTIVACIÓN.....	52
APÉNDICE 4 - REGISTRO DE RELAJACIÓN	54
APÉNDICE 5 - FICHAS DEL BLOQUE 1.....	55
APÉNDICE 6 - FICHAS DEL BLOQUE 2.....	71
APÉNDICE 7 - FICHAS DEL BLOQUE 3.....	74
APÉNDICE 8 - FICHAS DEL BLOQUE 4.....	81
APÉNDICE 9 - FICHAS DEL BLOQUE 5.....	86
APÉNDICE 10 - TABLAS DE EVALUACIÓN.....	91
APÉNDICE 11 - HOJAS DE REGISTRO ANECDÓTICO	96

JUSTIFICACIÓN

El tema elegido para la elaboración del TFG ha sido “El TDAH y la disfemia en Educación Primaria”. El motivo por el que hemos elegido este tema es que el TDAH es un trastorno de elevada incidencia en la población infantil y muy común en los centros escolares. Además, se caracteriza por tener un alto índice de comorbilidad, lo cual nos ha dado la oportunidad de asociarlo a la disfemia, un problema del lenguaje que, por lo general, es poco común en las aulas.

De este modo, hemos podido relacionar los aspectos que tienen en común ambos trastornos para poder tratar ambas dificultades con una misma propuesta de intervención, ya que los niños que padecen estos trastornos tienen dificultades tanto en la relajación como en las habilidades sociales y la asertividad.

Por otra parte, la conjunción de estos trastornos nos ha permitido unir el trabajo que se lleva a cabo como especialista de Audición y Lenguaje y como maestra generalista de Educación Primaria, pues el TDAH es un problema que debe tratarse en el aula ordinaria, y la disfemia es un trastorno que se interviene de modo más específico en el aula de Audición y Lenguaje.

Si hacemos referencia al marco legal aportado por la legislación educativa, cabe destacar la mención al TDAH que se hace en la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa (LOMCE). Ésta recoge en el artículo 71.2 que el alumnado que presente el citado trastorno requiere de una “atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar necesidades educativas especiales”. En cambio, si nos centramos en la normativa de Castilla y León, no existen referencias a este trastorno en la legislación autonómica a pesar de que exista un “Protocolo de coordinación del TDAH” publicado por la Consejería de Educación y la Consejería de Sanidad, que facilita una coordinación global y efectiva entre los profesionales de las áreas sanitaria y educativa.

Además, el TFG se realiza con el fin de cumplir unos objetivos que previamente nos hemos planteado, en este caso, los objetivos que pretendemos abordar son:

- Dar a conocer la información contenida en la literatura científica sobre la disfemia dada la escasez bibliográfica sobre este trastorno.
- Ofrecer una respuesta a las necesidades educativas observadas en los centros educativos que tengan alumnos con sintomatología de TDAH y disfemia.
- Establecer una relación entre la sintomatología del TDAH y la disfemia.
- Elaborar una propuesta de intervención para alumnos de Educación Primaria que presenten sintomatología de TDAH y disfemia.

Por último, es importante tener claro cuáles van a ser los apartados que se van a tratar en el presente trabajo, por lo que a continuación presentamos dichos apartados y una breve explicación de cada uno de ellos.

1. MARCO TEÓRICO

Hace referencia a la fundamentación teórica del trabajo. Toda la información contenida en este apartado ha sido obtenida de la diversa literatura científica que abarca el ámbito educativo y psicopedagógico. Además, cabe mencionar que está compuesto de dos apartados diferenciados, uno sobre el TDAH y otro sobre la dislexia, pero con sub-apartados iguales para así poder comparar las características de cada trastorno.

2. DISEÑO DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Este apartado recoge la propuesta de intervención que hemos elaborado y que aborda los dos trastornos que han sido explicados en el marco teórico. Dicha propuesta, se divide en siete apartados diferentes que abarcan desde las características de la propia propuesta hasta la evaluación pasando por los objetivos que se pretenden conseguir por cada bloque de intervención que se ha propuesto, los destinatarios a los que va dirigida, el contexto en el que se puede desarrollar, la metodología que se ha seguido para llevarla a cabo y la secuencia de actividades.

3. CONCLUSIONES Y REFLEXIÓN PERSONAL

De todo trabajo que se elabora es importante obtener unas conclusiones finales que se logran a través de una reflexión personal sobre lo que ha conllevado la realización del documento. De este modo, en este apartado quedan reflejados la opinión personal, los puntos positivos y negativos y, por último, las conclusiones que hemos extraído tras la finalización del presente trabajo.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

En este apartado se encuentran las referencias bibliográficas a las que se hace alusión a lo largo de todo el trabajo. Además, hay un apartado con sitios web recomendables en los cuales nos hemos apoyado para tomar ideas a la hora de elaborar el TFG.

5. APÉNDICES

En este último apartado quedan recogidos todos los documentos necesarios para el correcto desarrollo de la propuesta de intervención que hemos diseñado.

MARCO TEÓRICO

1. EL TDAH

1.1. Evolución del concepto de TDAH

A pesar de que el TDAH se considera un trastorno moderno, fue descrito por primera vez en el comienzo del siglo XX. Varios médicos ya pudieron observar que algunos niños tenían problemas para mantener la atención y estarse quietos. Sin embargo, hay constancia de que los síntomas propios de este trastorno fueron citados con anterioridad, en los cuentos que Hoffman escribió en 1845 para su hijo (Parellada, Moreno, Sipos y Ponce, 2009; González y Villamizar, 2010; Terán, Vega y Merayo, 2012). Pero esta no es la referencia más antigua, pues según Terán et al. (2012), existe un Talmud babilónico en el que se cuenta la historia de un niño con síntomas de inatención.

No obstante, la andadura sobre este tema se la debemos a Still, ya que en 1902 observó que la mayoría de los niños que tenía como pacientes, presentaban conductas que derivaban problemas antes de los 8 años como la ausencia de atención y disciplina, además de ser impulsivos y agresivos. Ante estos hechos, decidió denominar al problema como una “anomalía en el control del cerebro”. Asimismo, estos descubrimientos son lo que actualmente conocemos como trastorno disocial o trastorno negativista desafiante (Parellada et al., 2009; Green y Chee, 2010).

En 1930, Kramer y Pollnow describen un síndrome caracterizado por inquietud extrema, distrabilidad y dificultades en la articulación del habla. Dicho síndrome lo denominaron “Trastorno Hiperkinético”. En esta misma década, también destaca la aportación hecha por Bradley en 1937 y el cual consistió en descubrir el efecto beneficioso de Benzendrina, una formulación de la anfetamina (González y Villamizar, 2010; Terán et al. 2012).

Entre 1950 y 1970, surgieron diversos cambios respecto al concepto del trastorno. Hacia 1955, Strauss y sus colaboradores Kephart y Lehtinen emplearon el término «Daño Cerebral Mínimo» el cual cambió por falta de evidencias neurológicas a “Disfunción Cerebral Mínima” (Burks, 1960; Mackeith y Bax, 1963; Paine, Werry y Quay, 1968; citados en González y Villamizar, 2010).

En la década de los 70 destacan tanto los avances que surgieron anteponiendo los déficits de atención a la hiperactividad como la aparición de evidencias de que el trastorno podría estar causado por un factor genético. Por otra parte, también sobresalen los trabajos de Douglas en 1972, los cuales permitieron acuñar el término de Trastorno por Déficit de Atención con o sin hiperactividad.

A partir de los trabajos de Douglas, comienza la década de los 80, en la cual es destaca el hecho de que la Asociación Americana de Psiquiatría adopta el término que ella dio en el DSM-III. Además,

se producen numerosos e importante avances en las técnicas de neuroimagen (Parellada, 2009; González y Villamisar, 2010; Terán et al. 2012).

En los años 90 sobresalen los trabajos realizados por Barkley, el cual propone un modelo centrado en la disfunción de las funciones ejecutivas que podría dar respuesta a los déficits cognitivos y los patrones de conducta de las personas con TDAH (Terán et al. 2012).

En la actualidad, sabemos mucho más sobre este trastorno, aunque todavía muchos niños no han sido diagnosticados correctamente. Además, el concepto de TDAH está consolidado, pero esto no quiere decir que no siga habiendo estudios que lleven a posibles modificaciones.

En conclusión, a lo largo de la historia se han sucedido numerosos descubrimientos gracias a la investigación y observación de médicos y psiquiatras que nos ha permitido acuñar el concepto de TDAH que conocemos actualmente. A continuación, se muestra una tabla en la que queda recogida de manera más explícita la evolución del concepto de TDAH a lo largo de los años.

AÑO	AUTOR	REFERENCIA
1867 -1877	Maudsley e Ireland	Perturbaciones conductuales
1901	Demoor	Corea mental
1902	Still	Defecto del control moral
1905	Boncour	Escolar inestable
1908	Tredgold	Enfermedad neuropática
1909	Dupré	Manifestación de un desequilibrio motor congénito
1922	Hoffman	Secuelas de la encefalitis letárgica
1930	Kramer y Pollnow	Trastorno Hipercinético
1934	Kahn y Cohen	Síndrome de impulsividad orgánica
1936 - 1938	Blau y Levin	Lesiones en el lóbulo frontal
1947	Strauss y Lethinen	Síndrome de daño cerebral infantil
1957	Laufer, Denhoff y Solomons	Déficit en el área talámica del SNC
1968	DSM-II	Reacción Hipercinética de la infancia
1972	Douglas	Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad
1975	CIE-9	Trastorno Hipercinético de la infancia
1980	DSM-III	Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad
1987	DSM-III-TR	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad
1992	CIE-10	Trastorno de la Actividad y de la Atención (en Trastornos Hipercinéticos)
1994 - 2000	DSM-IV	TDAH
2013	DSM-5	TDAH

Tabla 1: Evolución del concepto TDAH

Fuente: Elaboración propia (2015) a partir de González y Villamisar (2010).

1.2. Definición y descripción del TDAH

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) queda definido por numerosas acepciones que han sido aportadas por diferentes autores a lo largo de los años. Por este motivo, es trascendental dar más de una definición sobre a qué nos referimos cuando hablamos de este término, pues así obtendremos una información más amplia.

Barkley (1999), conocido autor experto en el TDAH, aporta una definición de este término en la que afirma que es “un trastorno del desarrollo del autocontrol. Engloba problemas para mantener la atención y para controlar los impulsos y el nivel de actividad.” (p. 35).

Una definición más reciente, nos la dan Quintero y Castaño (2014), los cuales se apoyan en la definición del DSM-5 y entienden el TDAH como “un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por un patrón de comportamiento y de funcionamiento cognitivo, que puede evolucionar en el tiempo y que es susceptible de provocar dificultades en el funcionamiento cognitivo, educacional y/o laboral.” (p. 601). Además, estos dos autores nos proporcionan un dato bastante reciente acerca de la prevalencia del TDAH afirmando que, a pesar de no estar fijada de manera clara, los estudios más recientes la sitúan entre el 5 y el 10% (en España se sitúa en el 6,8% para niños y adolescentes) de toda la población, con una mayor prevalencia en varones que en mujeres.

Por otra parte, es destacable la afirmación que hacen Tarver, Daley y Sayal (2014), según la cual el TDAH a pesar de ser visto como un trastorno de la infancia, se prolonga durante toda la vida de la persona que lo presenta.

Una vez establecidas estas definiciones, podemos comenzar a exponer algunos de los rasgos que caracterizan a las personas que padecen TDAH.

De acuerdo a Green y Chee (2000), y Lavigne y Romero (2010), las principales características son los problemas relacionados con la inhibición de la conducta (impulsividad) y la severa dificultad en el control de la atención, y además la hiperactividad. Los aspectos que definen la impulsividad se resumen en precipitar respuestas antes de completar la pregunta que se quiere formular, presentar dificultades para guardar el turno, actuar sin pensar (no reflexionan), y participar en actividades ajenas. En cuanto a la inatención, cabe destacar que se caracteriza por la presencia de dificultad para prestar atención y mantenerse centrado en una tarea, dificultad para organizar tareas y gestionar el tiempo, no seguir instrucciones y no finalizar tareas y, también, por extraviar objetos necesarios para tareas o actividades. Por último tenemos la hiperactividad, la cual queda descrita por movimiento constante y excesivo, dificultad para permanecer sin hacer nada, existencia de escasa participación con tranquilidad en actividades de ocio y por hablar en exceso interrumpiendo a los demás.

Asimismo, existen otras dificultades asociadas a este Trastorno como baja autoestima y bajo autoconcepto, relaciones sociales problemáticas, dificultades en el aprendizaje, dificultades para el control de las emociones y la motivación, ausencia de un lenguaje interno, inhabilidad motora, retraso madurativo y problemas de adaptación familiar, escolar y social.

1.3. Etiología del TDAH

En la actualidad, las causas que provocan el TDAH están aún por dilucidar. Sin embargo, con el paso de los años y la evolución de las tecnologías, ha habido numerosos avances acerca del conocimiento del origen de este Trastorno. De este modo se sabe que “la etiopatogenia del TDAH [...] es multifactorial, donde convergen causas genéticas y neurobiológicas, con una modulación ambiental” (Quintero y Castaño, 2014; p. 605).

En términos generales, todos los autores coinciden en las explicaciones que dan sobre los diferentes factores que influyen en la etiología del TDAH. Basándonos en Lavigne y Romero (2010), entre las principales causas que explican el TDAH existen cuatro hipótesis fundamentales:

1.3.1. Explicaciones basadas en la anatomía cerebral y en su funcionamiento

Por un lado se hace referencia a las características anatómicas del cerebro, en el cual se han observado ciertas diferencias entre el de una persona con TDAH y otra sin ningún tipo de problema. De manera más concreta, se concluye que los estudios de neuroimagen en población infantil con TDAH, han hallado un volumen inferior a lo normal en los lóbulos frontales, el cuerpo caloso, el núcleo caudado y el cerebelo. (Green y Chee, 2000; Hidalgo y Soutullo, 2005; Lavigne y Romero, 2010 y Tarver et al., 2014).

Por otro lado, se hace referencia a las características funcionales del cerebro. Según Barkley (1999), el trastorno procede de la hipoactividad de cierta área del cerebro que, según va madurando, proporciona ciertos recursos que intervienen en la inhibición de la conducta, la previsión y la autoorganización y autorregulación. Lavigne y Romero (2010), añaden que esta hipoactividad se debe a “una disminución en el metabolismo cerebral de la glucosa en el lóbulo frontal” (p.74).

1.3.2. Explicaciones basadas en la química del cerebro

Esta hipótesis se basa en la relación que existe entre el TDAH y la producción anómala de los neurotransmisores dopamina y noradrenalina (NA), sustancias químicas que se encargan de la transmisión de información entre neuronas. El primero, es un neurotransmisor inhibitorio que controla bastantes funciones cerebrales implicadas en este trastorno (motivo por el cual esta sustancia es considerada la más importante relacionada con el TDAH) además de ser el encargado de los síntomas de impulsividad e hiperactividad. El segundo neurotransmisor, la NA, está ligado a las dificultades de atención.

Para elevar los niveles de ambos neurotransmisores, existen dos fármacos psicoestimulantes, el metilfenidato y la dexanfetamina, que a pesar de actuar por vías distintas, producen efectos muy similares.

1.3.3. Explicaciones basadas en la genética

Existe prácticamente unanimidad entre los expertos a la hora de pensar que uno de los factores causantes del TDAH es la genética. El porcentaje de heredabilidad del trastorno de padres a hijos ronda entre el 70 y el 80% (Presentación, Pinto, Meliá, y Miranda, 2009), porcentaje que aumenta si tenemos en cuenta los estudios que se han llevado a cabo con gemelos, en los cuales se prueba que si uno de los gemelos presenta TDAH, el riesgo de que su hermano lo padezca oscila entre el 80 y el 90% (Barkley, 1999; Green y Chee, 2000).

Aun así, no hay que olvidarse del importante papel que juegan los factores ambientales en interacción con la predisposición genética, pues este será en última instancia el que condicione la mejora o el empeoramiento del pronóstico (Castells, 2006; Lavigne y Romero, 2010).

1.3.4. Explicaciones basadas en la psicología del TDAH

Desde el punto de vista de la psicología, se ofrecen a su vez diferentes explicaciones sobre el origen del TDAH. Si nos centramos en el conductismo, la hiperactividad se entiende como un trastorno de comportamiento resultado de un aprendizaje por imitación. También existen explicaciones cognitivas, las cuales han servido como punto de partida para que Barkley elaborara el Modelo Híbrido de Autorregulación y de las Funciones Ejecutivas. En dicho modelo se pretende dar una explicación de los déficits cognitivos y comportamentales que se asocian al TDAH. Por último, nos encontramos con las explicaciones eclécticas, que no se adhieren a una posición teórica definida, sino que se centra sobre todo en proporcionar pautas y técnicas de intervención en la mejora del TDAH (Lavigne y Romero, 2010).

No obstante, estas cuatro hipótesis no son las únicas que nos aportan datos acerca de los factores causales del TDAH. Existen numerosas causas diferentes a las ya citadas como son las explicaciones psicosociales basadas en la dieta de los niños con TDAH, la influencia de la luz de tubos fluorescentes, los estilos parentales y el ambiente de convivencia, las negligencias surgidas durante el embarazo (consumo de drogas, alcohol y tabaco) e incluso la exposición al plomo.

1.4. Comorbilidad del TDAH

Después de revisar numerosa bibliografía acerca del TDAH se puede llegar a una conclusión bastante clara: este trastorno en raras ocasiones se cursa de manera aislada. Hidalgo y Sánchez (2014), aseguran que alrededor del 70% de la población con TDAH tiene asociado al menos otro trastorno psiquiátrico y el 40% dos. Para definir esta situación, se utiliza el término médico

comorbilidad, que “hace referencia a la concurrencia de dos o más trastornos independientes, en un mismo sujeto, en la misma época de la vida” (Lavigne y Romero, 2010) (p. 89).

Por otro lado, es destacable la existencia de ciertas características que ayudan a que aumente la probabilidad de que aparezca comorbilidad. Dichas características tienen que ver directamente con la persona que padece el TDAH, con el propio TDAH y con la presencia de antecedentes familiares (Díez, Figueroa y Soutullo, 2006).

Entre los trastornos asociados o comórbidos más conocidos e importantes se incluyen:

- Trastorno Negativista Desafiante

Trastorno determinado por fuertes enfados y pataletas, gran hostilidad y, de acuerdo a Parellada et al. (2009), “se caracteriza sobre todo por una actitud permanentemente desafiante y opositora” (p.163).

- Trastorno de Conducta Disocial (TC)

Este trastorno es más grave que el anterior y se caracteriza por alta agresividad a personas o animales, engaños y robos graves, y violaciones de las normas y derechos sociales. Castells (2006), hace una distinción de dos tipos de TC en función de la edad de inicio: tipo de inicio infantil (antes de los 10 años de edad y más frecuente en varones) y tipo de inicio adolescente (la aparición es en torno a la pubertad y la diferencia entre sexos no es tan marcada).

- Trastornos de ansiedad

Algunos de los síntomas de ansiedad que presentan los niños con TDAH son tensión muscular, alteraciones del sueño, inquietud o impaciencia e irritabilidad. Dichos síntomas, suelen estar asociados con el fracaso escolar y las críticas que reciben de personas cercanos a ellos como los amigos, padres y profesores. Dentro de los diferentes tipos de ansiedad existentes, cabe destacar que los más frecuentes en la población infantil con TDAH, según Díez et al. (2009), son el trastorno de ansiedad generalizada (aproximadamente el 45%) y el trastorno de ansiedad por separación (alrededor del 30%).

- Trastorno Bipolar

Esta patología se caracteriza por la variación entre episodios de depresión y/o euforia alternados con algunos periodos de tiempo de normalidad del estado de ánimo (Parellada et al., 2009) y su relación con el TDAH es, en cierto modo, algo compleja; pues ambas comparten síntomas como la hiperactividad, la impulsividad, la inatención, la distrabilidad y la irritabilidad (Díez et al., 2006).

- Trastorno de tics (T. de Gilles de la Tourette)

El Trastorno de la Tourette se caracteriza por múltiples tics motores (parpadeo, muecas con la cara, abrir la boca y encogimiento de hombros) y al menos un tic vocálico (carraspeo, oler, resoplar, gritar, escupir y emitir ruidos), que han de aparecer antes de los 18 años de edad y varias veces al día, casi diariamente o de forma intermitente durante un año o más. Ambos trastornos (TDAH y T. de la Tourette) presentan con frecuencia síntomas comunes, por lo que existe la duda de si estos síndromes tienen un componente genético compartido (Lavigne y Romero, 2010).

- Trastornos de aprendizaje

La comorbilidad entre el TDAH y los trastornos de aprendizaje, se caracteriza fundamentalmente por un bajo rendimiento escolar o en las actividades cotidianas que exigen destrezas para la escritura, la lectura, las matemáticas o el desarrollo del lenguaje narrativo. No obstante, de acuerdo a Lavigne y Romero (2010), no cabe duda de que son problemas totalmente diferentes entre sí, tanto a nivel neurológico como psicológico.

- Trastornos del lenguaje

Tal y como aseguran Ygual, Miranda-Casas y Cervera-Mérida (2000), los trastornos del lenguaje son uno de los problemas que con mayor frecuencia aparecen asociados al TDAH, teniendo un grado de comorbilidad muy elevado. Esto puede deberse a que los niños que padecen TDAH son, por lo general, más vulnerables a sufrir otras dificultades en su desarrollo social y cognitivo (Gómez-Betancur, Pineda y Aguirre-Acevedo, 2005).

Asimismo, dentro de los trastornos del lenguaje se pueden diferenciar varios subtipos de trastorno. En un estudio llevado a cabo por Baker y Cantwell en 1992, concluyeron que los niños que tienen TDAH y trastornos del lenguaje de modo comórbido, padecen trastornos lingüísticos mixtos, siendo los trastornos puros del lenguaje y los trastornos puros del habla lo más escasos (Ygual, 2003). Además, tal y como asegura Lora (2006), los trastornos del lenguaje han de ser tratados al mismo tiempo que los síntomas nucleares del TDAH. Otro aspecto a tener en cuenta la variación de la prevalencia de las tasas en función del trastorno comórbido (*véase figura 1, apéndice 1, p. 48*).

1.5. Evaluación y criterios diagnósticos del TDAH

La evaluación del TDAH es un proceso complejo, pues éste no es siempre igual. En ocasiones, nos encontramos con niños cuya sintomatología es clara y, posteriormente, son diagnosticados de TDAH. Otras veces, nos podemos topar con niños que a pesar de presentar los síntomas que caracterizan este trastorno, no lo padecen (Mateo, 2006). Pero dejando atrás estas circunstancias, lo primero que se debe llevar a cabo es una anamnesis.

Según los autores a los que prestemos atención, encontramos diversos métodos de evaluación. Mateo (2005), propone una evaluación del TDAH mediante una valoración comportamental, que consiste en la observación directa del niño y en la recogida de información sobre las características que manifiesta el niño a través de los padres y profesores. Además, desde una perspectiva médica, opta por la Resonancia Magnética Funcional ya que aporta valiosa información de cómo se ejecutan las tareas cognitivas en las personas con TDAH. Siguiendo esta línea, Rodríguez, González-Castro, Álvarez, Vicente, Núñez, González-Pienda, Álvarez, Bernardo y Cerezo (2011), nos sugieren una evaluación basada en las nuevas técnicas médicas de encefalogramas y hemoencefalograma.

Una vez finalizada la evaluación se realiza el diagnóstico, el cual puede ser establecido por un profesional que domine el tema del TDAH, bien del campo de la Medicina (neuropediatra y psiquiatra) o, bien en el de la Psicología (psicólogo clínico o neuropsicólogo). También, es destacable la labor del pediatra del niño pues, como conocedor de este, cada vez con mayor frecuencia es una de las personas que detectan y diagnostican precozmente el TDAH (Mena, Nicolau, Salata, Tort y Romero, 2006).

Tomando como referencia el reciente DSM-5 (Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales) (APA, 2013) publicado en mayo de 2013, los criterios diagnósticos establecidos son:

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo que se caracteriza por (1) y/o (2):

1. **Inatención:**

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender las tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de 5 síntomas.

- a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (por ejemplo, se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
- b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (por ejemplo, tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o lectura prolongada).
- c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ejemplo, parece

- tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
- d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (por ejemplo, inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
 - e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (por ejemplo, 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 (por ejemplo 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 (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles de trabajo, gafas, móvil).
 - 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 (por ejemplo, hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

2. Hiperactividad e Impulsividad:

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender las tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de 5 síntomas.

- a. Con frecuencia juguetea o golpea con 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 (por ejemplo, se levanta en clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, en 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 impulsara un motor” (por ejemplo,

es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).

- f. Con frecuencia habla excesivamente.
 - g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (por ejemplo, termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).
 - h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (por ejemplo, mientras espera una cola).
 - i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (por ejemplo, se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen los otros).
- B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.
- C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (por ejemplo, en casa, en el colegio o el trabajo; con los amigos o familiares; en otras actividades).
- D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.
- E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

En función de los resultados se podrán clasificar las siguientes presentaciones:

- **Presentación combinada:** Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.
- **Presentación predominante con falta de atención:** Si se cumple el Criterio A1 pero no se cumple el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.
- **Presentación predominante hiperactiva/impulsiva:** Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

1.6. Tratamiento multimodal del TDAH

Con el TDAH, al igual que ocurre con todos los trastornos, es importante hacer una detección precoz para comenzar con el tratamiento lo antes posible. Pero para comenzar con dicho tratamiento, primero es necesario que exista un diagnóstico en el cual se especifique qué tipo de

trastorno es y cuáles son los síntomas; ya que sin este primer paso no se puede aplicar un tratamiento.

La intervención en el TDAH ha de abordarse desde una perspectiva multimodal, es decir, debe abarcar diferentes tipos de tratamiento (farmacológico y no farmacológico o psicosocial) que estén adaptados a las características individuales de cada niño. Asimismo, deben intervenir todos aquellos profesionales que forman parte de la vida del niño, el centro escolar y la familia. Teniendo en cuenta estos aspectos, la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH) indica que para este tipo de tratamiento se coordinan simultáneamente tratamientos de tipo farmacológico y no farmacológico.

1.6.1. Tratamiento farmacológico

La farmacoterapia es recomendada como parte del tratamiento multimodal ya que tras numerosos estudios ha quedado demostrada su eficacia a corto plazo en los síntomas que presentan los niños con TDAH (Tarver et al., 2014). Los medicamentos que se utilizan para tratar el TDAH, están basados en estimulantes que ayudan a reducir la intensidad de la actividad motora. Además, este tipo de tratamiento es seguro y eficaz. Entre sus efectos beneficiosos destacan la mejora del rendimiento académico, la inestabilidad emocional y la conducta. Por otro lado, reduce la hiperactividad y la impulsividad, al mismo tiempo que aumenta los niveles atencionales; y, regulan la producción de dopamina y noradrenalina, neurotransmisores implicados en el TDAH. Sin embargo, no debemos olvidar los efectos secundarios a pesar de los beneficios que reporta la medicación.

Si nos centramos en los fármacos que se administran de manera más común, son reseñables el metilfenidato y la atomoxetina. El primero se caracteriza por ser un psicoestimulante de primera opción de intervención, que puede presentarse en forma de liberación inmediata (opción preferente en nuestro país, según Moreno García (2007)) o de liberación prolongada, el cual reduce el número de tomas al día. El segundo fármaco citado, no es un estimulante y es considerado como segunda opción de tratamiento. Su administración es de una toma diaria (Moreno García, 2007).

1.6.2. Tratamiento no farmacológico

Tal y como aseguran Serrano-Troncoso, Guidi y Alda-Díez (2013), “las intervenciones no farmacológicas que han mostrado evidencia científica sobre su eficacia se pueden dividir esencialmente en dos grupos: intervenciones psicológicas y psicopedagógicas” (p.46). Sin embargo, hay otros tratamientos eficaces como la intervención familiar y el Mindfulness.

A. Tratamiento psicológico

Está centrado en proporcionar información sobre el TDAH, y diferentes estrategias de actuación tanto al niño que está afectado por el trastorno como a sus padres y profesores.

Dentro de este tipo de tratamiento podemos encontrar, a su vez, otros tipos de tratamiento. El primero de ellos es el cognitivo, y está encaminado a corregir los errores específicos y usuales en el pensamiento con el fin de conseguir que el niño alcance su autonomía y tome conciencia de sus dificultades atencionales y de su conducta hiperactiva (Parellada, 2009). El segundo tipo es el tratamiento conductual, el cual consiste en utilizar técnicas que permitan reducir conductas propias del TDAH, mejorar la conducta relacionada con la atención, y aumentar el autocontrol mediante la consecución de un pensamiento más reflexivo (Rubió, Mena y Murillo, 2006; Parellada, 2009). Las más comunes son la economía de fichas y el contrato de contingencias, pero existen muchas otras. Por último, existe la terapia cognitivo-conductual, que consiste en poner en práctica técnicas que ayuden al niño a pararse, pensar, actuar y evaluar las consecuencias de las decisiones que tome con el fin de autocontrolarse a sí mismo (Lora, 20006).

B. Tratamiento psicopedagógico

Este tipo de tratamiento está enfocado a la mejora de las habilidades académicas del niño que presenta TDAH, así como a proporcionar una serie de estrategias que les ayuden a afrontar el día a día. Por ello, engloba el entrenamiento en habilidades sociales (HHSS) y la inteligencia emocional.

De acuerdo a Vaquerizo (2005), “la hiperactividad es un desorden [...] que impide que el individuo establezca adecuadamente sus lazos sociales y se comunique con normalidad, entendiendo la comunicación como una habilidad imprescindible para la socialización [...]” (p. 25). De este modo, las HHSS de los niños con TDAH van a estar afectadas, por lo que se les debe dotar de técnicas y estrategias para la resolución de conflictos, mantenimiento de conversaciones, etc. Además, las personas con TDAH presentan un déficit en la regulación emocional, lo que influye en el reconocimiento de estímulos emocionales, en la regulación emocional, y en la expresión de emociones (Albert, López, Fernández y Carretié, 2008). Por este motivo, se plantea la utilización de la inteligencia emocional como una alternativa de aprendizaje que permita potenciar el manejo de las emociones.

C. Intervención familiar

El tratamiento del TDAH va más allá de centrarse en las diferentes intervenciones que se llevan a cabo con el niño que padece el trastorno, pues una parte está destinada a la intervención con las familias. Es importante asesorar a los padres acerca del manejo de las conductas u otros problemas que se derivan del TDAH, como el fracaso escolar. Establecer normas, rutinas, hábitos y poner límites, va a permitir la mejora y el bienestar de la vida familiar (Espinosa, 2006; Rubió et al. 2006).

D. Mindfulness

Hace referencia a un innovador método para la reducción del estrés, la ansiedad y la regulación

emocional. Se caracteriza por estar basado en la atención y en la conciencia plena sobre uno mismo (De la Fuente, Franco y Salvador; 2010). Además, es utilizado para el tratamiento de numerosos trastornos, pero lo que pretendemos al relacionarlo con el TDAH, es abordar los problemas relacionados con la ansiedad y la regulación emocional.

Tal y como hemos mencionado anteriormente en el punto 1.4., el TDAH es un trastorno comórbido. De este modo, y para dar coherencia a nuestra propuesta de intervención, en el punto 2 nos centraremos en el trastorno de la fluidez del habla por excelencia, la disfemia.

2. LA DISFEMIA

2.1. Evolución del concepto de disfemia

La disfemia o tartamudez, se dice que es tan antigua como la aparición de la interacción verbal. Es un concepto que, aunque no ha cambiado a lo largo de la historia, sí lo han hecho las creencias acerca de sus orígenes y sus posibles tratamientos. Además, resulta complejo encontrar bibliografía científica que nos permita conocer un poco más a fondo cómo ha evolucionado la percepción de la disfemia y sus características. De este modo, nos hemos remitido a la información que se muestra en la página web de la Fundación Española de la Tartamudez para comenzar con este apartado. Según dicha Fundación, la tartamudez ha sido un problema que desde la antigüedad le han atribuido diferentes orígenes y tratamientos.

En el siglo IV a.C., Demóstenes creció con un problema de tartamudez y, por ello, llevó a cabo diversas técnicas. Con el fin reforzar su voz hablaba con piedrecitas en la boca y, para aumentar su capacidad pulmonar, subía colinas cargando peso en el pecho.

En la Antigua Grecia, Aristóteles dedujo que las personas que presentaban tartamudez era porque tenían la capacidad de pensar más rápido de lo que podían hablar culpando a la lengua como la responsable de la incapacidad de seguir la velocidad con la que fluían las ideas.

Siglos después, en el XVII, el físico Hildanus cortaba el frenillo lingual, pues se fundamentaba en la hipótesis de que lo que causaba que la lengua tuviera la movilidad suficiente era un frenillo de grosor anormal.

Del siglo XIX destacan, entre otros, el planteamiento del médico francés Itard y el “método de la señora Leigh”. El primero hace referencia a un método que consistía en introducir una horquilla debajo de la lengua para fortalecerla ya que Itard creía que la tartamudez se debía a una debilidad de los nervios de la laringe y de la lengua. El segundo método, consistía en que el paciente hiciera un esfuerzo por mantener la lengua elevada, tras los incisivos superiores. Además, debajo de la lengua

debía colocarse una pequeña bola de hilo para mantener la posición (O'Neill, 1987). A finales de este siglo, se produce un cambio del enfoque físico al psicoanalítico, comenzando a asociar la tartamudez a problemas psíquicos y crisis nerviosas.

En el siglo XX, Edward y Orton a través de teoría de la dominancia cerebral, afirmaron que la tartamudez se debía a un conflicto entre los hemisferios cerebrales por controlar el habla, hipótesis que fue descartada tras descubrir que las personas tartamudas no poseen una función cerebral diferente a la de las personas que no padecen este problema.

Actualmente, aún no se han encontrado las causas exactas ni el tratamiento definitivo para la disfemia, pero sí son destacables los grandes avances que han surgido a lo largo de la historia.

2.2. Definición y descripción de la disfemia

Santacreu y Froján (1996) en relación con la disfemia, ya nos aseguran en su primera página del libro “La tartamudez” que “tradicionalmente los especialistas en el tema han considerado que ésta es una de las alteraciones del lenguaje que presenta más problemas en cuanto a su definición, evolución y tratamiento” (p. 15). No obstante, es necesario aportar una definición para comenzar a comprender en qué consiste este trastorno. Fernández-Zúñiga y Caja del Castillo (2008), definen este trastorno como una forma de hablar interrumpida debido a un conjunto de alteraciones involuntarias, repeticiones o prolongaciones de sonidos, sílabas, palabras y bloqueos o pausas al hablar que son inadecuadas en el discurso. De este modo, las características de esta definición se ven reflejadas en lo que Santacreu y Froján (1996) definen como patrón de habla tartamudo, el cual es diferente al patrón prosódico normal (p.25).

Groesman (2014), en la Guía para docentes sobre la tartamudez que publica la Fundación Española de la Tartamudez, va más allá en su definición y añade que las interrupciones en la fluidez del habla “se acompañan de tensión muscular, miedo y stress, las cuales son la expresión visible de la interacción de determinados factores biológicos, psicológicos y sociales” (p.5).

Los aspectos citados en líneas anteriores, no son los únicos que se pueden considerar como conductas asociadas, pues existen otras que caracterizan a la disfemia. A continuación, se explican brevemente las más significativas siguiendo a Fernández-Zúñiga y Caja del Castillo (2008):

- a. **Fuerza al hablar:** se refiere al esfuerzo y la tensión muscular que muestra la persona al hablar. Dicha tensión se puede localizar en todo el cuerpo aunque, generalmente, el rostro y los órganos fonoarticulatorios son las zonas más visibles. Además, este rasgo va asociado a la aparición de movimientos innecesarios de piernas, manos, ojos, cabeza y boca.

- b. **Ansiedad:** este aspecto es el resultado de las conductas de anticipación que ha llevado a cabo el sujeto así como el temor que presenta por la incapacidad de no hablar correctamente. Como consecuencia, se producen alteraciones somáticas, es decir, sudoración excesiva, tensión muscular, aumento de las pulsaciones o alteración de la respiración.
- c. **Conductas de evitación:** hacen referencia a la evitación de determinadas situaciones en las que la persona que padece el trastorno tiene que hablar. Este aspecto se vincula con experiencias negativas que ha padecido a lo largo del tiempo.
- d. **Pensamientos negativos:** la experiencia negativa influye en los pensamientos y en la actitud que crea el niño en relación con su dificultad para tener un discurso fluido. Entre los principales pensamientos negativos que tienen los niños, destacan el de la burla o el del que se va a atascar al hablar delante de ciertas personas a las que teme.
- e. **Emociones negativas:** son los sentimientos de vergüenza y frustración que aparecen a la par que los pensamientos negativos. Otro aspecto destacable es que, a mayores, puede aparecer una baja autoestima como consecuencia de una valoración personal negativa de sí mismo.
- f. **Retraimiento social:** se refiere a la alteración de las relaciones sociales que presenta la persona disfémica como consecuencia de la evitación de aquellas situaciones en las que es necesaria la comunicación con otras personas. Con el paso del tiempo, esta evitación de situaciones, va modelando la falta de habilidades sociales.

Por otra parte, es importante saber que existen diversas clasificaciones de la tartamudez en función de la perspectiva que se elija. Santacreu y Froján (1996), establecen una clasificación en función de una perspectiva evolutiva, otra sintomatológica y otra etiológica (*véase figura 2, apéndice 1, p. 48*). Además, aparte de estas clasificaciones, existe un índice elaborado por Wingate (1977), que determina la gravedad de la tartamudez (*véase figura 3, apéndice 1, p. 49*).

En cuanto a la prevalencia de este trastorno, según Cervera e Ygual (2002), alrededor del 5% de los niños de entre 2 y 5 años experimentan un periodo de tartamudez durante algunos meses. Dentro de este porcentaje, en aproximadamente el 80% de los niños, la tartamudez remitirá espontáneamente antes de los catorce meses mientras que, en el 20% restante, se mantendrá algunos meses más incluso llegando a haber un pequeño porcentaje en el que dicha tartamudez no remita convirtiendo a esos niños en futuros adultos tartamudos, los cuales representan algo menos de un 1% de la población. Tres años después, en 2005, Sangorrín en un artículo sobre la disfemia nos aporta una cifra de prevalencia del 0'75% en la población.

Por último, según Santacreu y Froján (1996), por cada 3 niños que tartamudeaban tan solo había una niña que lo hiciera. Estas cifras varían si estamos de acuerdo a Sangorrín (2005), el cual afirma que los niños en edad preescolar que tartamudean superan a las niñas en una frecuencia de 3:2, proporción que aumenta a 5:1 con la edad, es decir, las niñas resuelven el problema con más facilidad que los niños.

2.3. Etiología de la disfemia

Al igual que sucede con el trastorno que hemos explicado en el punto 1, el TDAH, la disfemia es un trastorno complejo con diferentes agentes predisponentes y un origen multicausal. Salgado (2005) (citado en Lorient, 2013 (p. 121), afirma que tras décadas de investigación acerca del origen de la tartamudez, éste sigue siendo desconocido.

Entre los diferentes factores que originan el problema, los más destacables son los biológicos, los fisiológicos, los psicosociales y los lingüísticos. Para saber en qué consisten estos factores, vamos a dar una explicación de cada uno de ellos.

- a. Los **factores biológicos** incluyen a su vez factores genéticos y neurológicos. Respecto al primero de ellos, cabe decir que esto no es sinónimo de hereditario, sino que existe una alta predisposición familiar para que se transmita genéticamente. Sangorrín (2005), nos aporta las cifras de que para un hombre tartamudo existe la probabilidad de que el 22% de sus hijos y el 9% de sus hijas sean tartamudas, mientras que en gemelos monocigóticos y según Fernández-Zúñiga y Caja del Castillo (2008), el porcentaje se eleva hasta el 90%. Atendiendo al segundo factor, es destacable la existencia de pruebas de neuroimagen funcional cerebral y de potenciales cognitivos evocados, las cuales “describen alteraciones cerebrales funcionales de base biológica [...] hallando diferencias en el volumen de masa encefálica en estructuras relacionadas con la fluidez del habla en el cerebro de pacientes disfémicos en comparación con el cerebro de personas fluentes” (Sangorrín, 2005 (p.544)).
- b. Los **factores fisiológicos** hacen referencia a ciertas alteraciones en distintitos procesos fisiológicos que se relacionan con la producción del habla. Las más destacables son las relacionadas con el sistema motor (dificultades en la planificación y ejecución de los movimientos del habla, aumento del ritmo de habla cuando existe un estado de ansiedad o excitación y tensión generada por una situación estresante), la coordinación respiratoria y el temperamento (hipersensibilidad emocional ante situaciones emocionales estresantes).
- c. Los **factores psicosociales** se basan fundamentalmente en el aprendizaje por condicionamiento. Según el condicionamiento clásico, la disfemia aparece por un proceso que consiste en asociar determinados estímulos ambientales (personas, lugares, situaciones

comunicativas, gestos de desaprobación, etc.) con ciertos estímulos físicos (tensión muscular, presión en el pecho, dificultades para una respiración adecuada, etc.). Por otro lado, el condicionamiento operante se centra en que una consecuencia positiva que prosiga a una conducta, va a hacer que aumente la frecuencia de dicha conducta (Fernández-Zúñiga y Caja del Castillo, 2008). Además, otro aspecto clave en estos factores, es la actitud negativa que tienen los padres o el interlocutor hacia el niño debido a su habla y el contexto (Santacreu y Froján, 1996; Sangorrín, 2005 y Fernández-Zúñiga y Caja del Castillo, 2008).

- d. Los **factores lingüísticos** están relacionados con el periodo de inicio del trastorno, ya que según la edad de comienzo de éste, el desarrollo a nivel lingüístico y cognitivo será diferente. Desde este punto de vista, se instaura una relación entre las disfluencias cometidas y posibles problemas en el desarrollo del lenguaje. Asimismo, las investigaciones llevadas a cabo sobre este tema, muestran que los niños disfémicos tienen mayores dificultades en el área del lenguaje que los niños sin problemas, además de obtener resultados más bajos en pruebas y medias del lenguaje (Bloodstein, 1995; citado en Fernández-Zúñiga y Caja del Castillo, 2008).

2.4. Teorías explicativas de la disfemia

Siguiendo con el hilo del punto anterior, Loriente (2013) asegura que este trastorno tan complejo como es la disfemia, ha sido explicado por diversos modelos teóricos. Santacreu y Froján en su obra de 1996, nos explican cuatro teorías básicas:

1. **La tartamudez como un problema genético:** según esta teoría, existe un factor predisponente en los niños el cual facilita la aparición del tartamudeo, sin esto significar que este trastorno sea un problema genético.
2. **La tartamudez como un problema biológico:** para comprender esta teoría, se explica la tartamudez desde diferentes puntos de vista como ser el resultado de una respuesta aprendida, una respuesta a la ansiedad e incluso como resultado de un trastorno de personalidad.
3. **La tartamudez como un problema lingüístico:** para explicar esta teoría, se ha relacionado el inicio de este trastorno con variables lingüísticas y se ha llegado a la conclusión de que los niños disfémicos presentan un lenguaje caracterizado por estructuras sintácticas simples, uso frecuente de la palabra “y” al inicio de las oraciones, emisiones poco completas y frecuentes errores de tipo gramatical. No obstante, esta teoría no ha mostrado resultados concluyentes como para afirmar que el insuficiente desarrollo de las habilidades verbales desencadena este trastorno de la fluidez del habla.

4. **La tartamudez como un problema orgánico:** el esclarecimiento de esta teoría se asienta en cuatro explicaciones. La primera de ellas se basa en disfunciones orgánico-cerebrales las cuales afectan a la lateralidad de las funciones cerebrales y a la dominancia auditiva, de la visión, del lenguaje y manipulativa. La segunda explicación está relacionada con un defecto de percepción, es decir, diferencias en la velocidad de transmisión de los canales óseo, auditivo y propioceptivo (canales de retroalimentación). La tercera de las cuatro explicaciones, está fundamentada en explicar la tartamudez como una disfunción neuromuscular debido a la aparición de excesiva tensión muscular en determinadas situaciones, la cual favorece el agarrotamiento de los músculos y el inadecuado movimiento de los órganos fonoarticulatorios y respiratorios. La última explicación propone que la disfemia es el resultado de una falta de coordinación entre los sistemas respiratorio, fonatorio y articulatorio, la cual explicaría que la mayoría de las personas que tartamudean, puedan reducir casi a cero el número de errores de fluencia cuando en vez de hablar a tono normal cuchichean, es decir, no interviene el sistema fonatorio.

2.5. Evaluación y criterios diagnósticos de la disfemia

La evaluación de la disfemia es un proceso que se basa en la valoración de los diferentes aspectos implicados, pues el problema no se manifiesta únicamente en la expresión. Es necesario considerar al niño de manera global, lo cual implica atender las manifestaciones asociadas, los factores ambientales y los aspectos psicológicos. Además, es importante tener en cuenta la conducta de los padres y el medio en el que se desenvuelve el niño (Fernández-Zúñiga y Caja del Castillo; 2008).

Tres años antes, en 2005, Sangorrín propone una evaluación clínica en la que se evalúa la gravedad del trastorno en función de las características de la disfluencia, la presencia o ausencia de problemas asociados, la preocupación del niño y el riesgo de desarrollar este trastorno.

Hernández Jiménez (2011) nos propone una evaluación tridimensional en la que los factores a evaluar son el fisiológico, el psicosocial y el psicolingüístico. También, hace hincapié en que existen otras variables a tener en cuenta a la hora de evaluar la tartamudez. Dichas variables son la gravedad de la tartamudez en función de los tipos de errores o el índice de habla tartamuda, el cual también es sustentado por Santacreu y Froján (1996), y la actitud de la persona tartamuda ante su problema.

Por último, independientemente del tipo de evaluación que se lleve a cabo, es importante saber cuál es el objetivo que queremos conseguir con dicha evaluación. Volviendo a Fernández-Zúñiga y Caja del Castillo (2008), se puede resaltar el principal objetivo que consideran que hay que alcanzar: “determinar las características del problema para poder establecer objetivos de tratamiento” (p. 21).

Al igual que hemos hecho con el TDAH, nos hemos basado en el DSM-5 (APA, 2013) para establecer los criterios diagnósticos, los cuales son los siguientes:

- A. Alteraciones de la fluidez y la organización temporal normales del habla que son inadecuadas para la edad del individuo y las habilidades del lenguaje, persisten con el tiempo y se caracterizan por la aparición frecuente y notable de uno (o más) de los siguientes factores:
 - 1. Repetición de sonidos y sílabas.
 - 2. Prolongación de sonido de consonantes y de vocales.
 - 3. Palabras fragmentadas (p. ej., pausas en medio de una palabra).
 - 4. Bloqueo audible o silencioso (pausas en el habla, llenas o vacías).
 - 5. Circunloquios (sustitución de palabras para evitar palabras problemáticas).
 - 6. Palabras producidas con un exceso de tensión física.
 - 7. Repetición de palabras completas monosilábicas (p. ej., “Yo-Yo-Yo-Yo lo veo”).
- B. La alteración causa ansiedad al hablar o limitaciones en la comunicación eficaz, la participación social, el rendimiento académico o laboral de forma individual o en cualquier combinación.
- C. El inicio de los síntomas se produce en las primeras fases del periodo de desarrollo. (**Nota:** Los casos de inicio más tardío se diagnostican como 307.0 [F98.5] trastorno de la fluidez de inicio en el adulto).
- D. La alteración no se puede atribuir a un déficit motor o sensitivo del habla, disfluencia asociada a un daño neurológico (p. ej., ictus, tumor, traumatismo) o a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental.

2.6. Técnicas de intervención de la disfemia

Para establecer unas técnicas de intervención sobre un determinado trastorno, siempre hay que tener en cuenta la edad de la persona sobre la que vamos a intervenir. En el caso de la disfemia, este factor cobra vital relevancia ya que se distinguen el tratamiento indirecto y el tratamiento directo. A su vez, podemos hacer una distinción entre programas de intervención temprana para niños en edad preescolar (de 3 a 6 años), y programas de intervención para niños en periodos posteriores, es decir, etapa escolar y adolescencia (Fernández-Zúñiga y Caja del Castillo, 2008).

Partiendo de la primera distinción que hemos hecho, se llevará a cabo una intervención indirecta en niños con edades inferiores a los 5 o 6 años ya que aún no son lo suficientemente maduros como para haber tenido un desarrollo cognitivo que le permita elaborar pensamientos negativos acerca de sus experiencias sobre el habla. Por estos motivos, la terapia se centra en la prevención a través del establecimiento de un habla fluida que permita frenar la aparición de problemas mayores. Además, es muy importante el papel que juegan en este caso los adultos que rodean al niño (padres,

profesores, familiares, etc.) respecto a la actitud y colaboración que muestran ante este problema (Fernández-Zúñiga y Caja del Castillo, 2008; Ramírez Sánchez, 2011).

Algunas de las técnicas indirectas más destacables que se pueden llevar a cabo son el entrenamiento de habilidades sociales y comunicativas; la educación emocional a través del reconocimiento y regulación de emociones; la reestructuración de pensamientos y creencias negativas anticipatorias; y la intervención con los padres y en aula mediante la facilitación de orientaciones a tener en cuenta.

Por otro lado nos encontramos con la intervención directa. Dicha intervención se lleva a cabo cuando los niños son más mayores y tienen la capacidad de reflexionar sobre los errores que cometen en relación al habla, puesto que ya son conscientes de sus limitaciones para hablar de manera fluida. Si llegamos a este tipo de intervención es porque “el niño ha adquirido habilidades metalingüísticas, y ya es capaz de reflexionar sobre su lenguaje y, por tanto, le es posible abordar sus problemas de forma explícita” (Fernández-Zúñiga y Caja del Castillo, 2008 (p.88)). Por lo tanto, llegados a este punto, el modo de trabajo será mediante estrategias directas tales como la introducción de técnicas de relajación y respiración; ejercicios sobre la coordinación de los movimientos articulatorios, instaurar un habla rítmica (establecimiento de patrón de habla lenta); generalización del patrón de habla lenta a diversas situaciones comunicativas; el control de la ansiedad ante situaciones estresantes; la audición retardada, el encubrimiento o enmascaramiento; el aumento progresivo de la velocidad de habla; o el entrenamiento directo en habilidades sociales.

METODOLOGÍA

A continuación, vamos a explicar el proceso que hemos seguido para realizar la propuesta de intervención.

Al ser un trabajo que combina dos tipos de trastornos, lo primero que hemos tenido que hacer es buscar documentación de ambos trastornos por separado. A partir de esta documentación, hemos extraído los aspectos más relevantes acerca del TDAH, qué es, qué relación tiene con otros trastornos, qué rasgos le caracteriza, cuáles son los criterios diagnósticos según el DSM-5,... Del mismo modo, hemos llevado a cabo el mismo procedimiento con la disfemia.

Después, hemos buscado estrategias de intervención que pudieran servirnos para tratar los dos trastornos de manera simultánea, pero esto ha sido una tarea con un final negativo ya que no hemos encontrado ningún tipo de documentación que nos sirviera para elaborar nuestra propuesta de intervención. Así pues, decidimos comparar ambos trastornos a partir de la información relevante que extrajimos de toda la documentación revisada para así poder establecer las características que tienen en común. Siguiendo este camino, nos dimos cuenta de que tanto con el TDAH como con la disfemia, se pueden trabajar varios aspectos comunes como la relajación, la asertividad o el entrenamiento en habilidades sociales.

Hemos revisado numerosos artículos y guías del TDAH y la disfemia para encontrar técnicas de intervención. Algunos de los que más nos han gustado han sido:

- Fernández-Zúñiga, A. y Caja del Castillo, R. (2008). *Tratamiento de la tartamudez en niños. Programa de intervención para profesionales y padres*. Madrid: Elsevier Masson.
- Fundaicyl (2010). *Guía para padres y profesionales de la educación y de la medicina sobre el TDAH*. Valladolid.
- Groesman, C. P. (2014). *La tartamudez. Guía para docentes*. Madrid: Avant. (Publicada por la fundación española de la tartamudez).
- Mena, B.; Nicolau, R.; Salat, L.; Tort, P. y Romero, B. (2006). *Guía práctica para educadores. El alumno con TDAH*. Barcelona: Ediciones Mayo.
- Ramírez Sánchez, D.M. (2011). Estrategias de intervención educativa con el alumnado con disfemia. *Revista digital innovación y experiencias educativas*, 47, 1-10.

Finalmente, nos centraremos en el primer libro citado y nuestra propuesta de intervención se basará en una adaptación propia de lo que nos ofrece dicho libro, ya que en él solo se trata la disfemia y, lo que nosotras queremos conseguir, es una propuesta que conjunte el TDAH y la disfemia.

DISEÑO DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Después de haber hecho un recorrido teórico para profundizar en dos trastornos muy diferentes, pero a la vez con características en común, vamos a presentar la propuesta de intervención con actividades dirigidas a aquel alumnado que presente dislexia y TDAH de manera simultánea.

De este modo, la intervención se va a focalizar, en mayor medida, hacia la dislexia, pero sin dejar de tener en cuenta las características que presentan los alumnos que padecen TDAH pues, como ya hemos mencionado antes, ambos trastornos tienen características en común y la intervención sobre un trastorno retroalimentará al otro.

Esta propuesta constará de los siguientes apartados:

1. Características de la propuesta
2. Objetivos
3. Destinatarios
4. Contextualización
5. Metodología
6. Secuencia de actividades
7. Evaluación

1. CARACTERÍSTICAS DE LA PROPUESTA

La propuesta que se expone a continuación se basa en el tratamiento de la dislexia y del TDAH. Dicha propuesta está elaborada desde un enfoque global pues, en primer lugar, se ofrecen técnicas para modificar la fluidez del habla y, después, se centra en aspectos afines como las habilidades sociales y comunicativas, la inteligencia emocional y autorregulación emocional, el control de los pensamientos o la ansiedad, las cuales afectan tanto a la dislexia como al TDAH. Este factor nos ha permitido dividir la propuesta de intervención en cinco bloques: control del habla, control de la ansiedad, control del pensamiento, inteligencia emocional y habilidades sociales y comunicativas.

Por otra parte, el especialista en Audición y Lenguaje (de ahora en adelante, el AL) encargado de desarrollar esta propuesta, tiene que tener presentes unos principios básicos que le permitan poner en práctica con éxito el programa de intervención. Por un lado, el especialista debe ser capaz de adaptar la propuesta de intervención a las necesidades individuales del alumno con el que esté llevándola a cabo, dándole las pautas claras y breves, y reforzando el esfuerzo y los logros

conseguidos por el alumno. Además, deberá tener en cuenta que en todo proceso de intervención cabe la posibilidad de que existan periodos de retroceso, por lo que es necesario que además sea flexible y tenga empatía y sensibilidad y, en el caso de que dicho retroceso sea grave, deberá disminuir la dificultad de las tareas para que el niño vuelva a tener éxito. Respecto a las actividades, es esencial tener en cuenta que deben ser introducidas de manera gradual en cuanto al nivel de dificultad se refiere, comenzando por las de un nivel bajo y haciendo mayor hincapié en aquellas que presenta dificultades para completarlas satisfactoriamente. Se establecerán unos objetivos a corto y a largo plazo con el alumno para que no se desmotive ante los avances que consigue. En cuanto a los principios que conciernen al alumno, es importante informarle de que la asistencia a las sesiones de intervención debe ser continua y que, además, debe participar activamente en las actividades que se le propondrán en cada sesión para avanzar gradualmente.

Sin embargo, esta propuesta no se queda entre las paredes del aula de Audición y Lenguaje, sino que también hace partícipes a los padres de alumno con el que se está llevando a cabo la intervención y al tutor de dicho alumno.

La participación de los padres es fundamental puesto que son ellos los que van a crear un ambiente familiar que permita mantener los avances que consiga su hijo. El modo en que se forma la interacción padres-hijos, es la base para facilitar las condiciones de fluidez y conducta del alumno. Así pues, se buscan con los padres aquellos comportamientos y acciones que están perjudicando negativamente el progreso del alumno para cambiarlos lo antes posible.

Asimismo, se debe plantear la coordinación con el orientador del centro educativo y la colaboración del tutor, puesto que éste nos puede proporcionar información muy valiosa acerca de la actitud en clase, las relaciones sociales que mantiene con el resto de compañeros y las situaciones en las que presenta mayores dificultades para hablar de manera más fluida. También, es el tutor el que nos ayudará a que el alumno ponga en prácticas las estrategias que ha aprendido durante las sesiones de intervención que se llevan a cabo. Para ello, se llevarán a cabo reuniones de información y orientación y se le proporcionarán tanto a él, como al resto de los docentes que dan clase al alumno, unas pautas de actuación y unas tablas de registro de conductas, las cuales servirán al inicio de la intervención para evaluar dificultades específicas y durante dicha intervención para determinar los progresos que logra en el aula ordinaria.

2. OBJETIVOS

Para la presente propuesta de intervención con actividades distribuidas en sesiones, nos hemos planteado una serie de objetivos que se han de cumplir a corto plazo. Éstos, los hemos dividido en los cinco bloques que se van a tratar. Además, se propone un objetivo general para la propuesta.

Objetivo general:

Establecer un patrón de habla lento que le permita al alumno mejorar las relaciones sociales a través del control de la ansiedad y de los pensamientos y emociones negativas.

Objetivos del bloque 1 (Control del habla):

- a. Entrenar habilidades observacionales para que el alumno detecte errores de habla tanto propios como ajenos.
- b. Identificar y localizar los movimientos asociados al habla y el esfuerzo en diferentes partes del cuerpo.
- c. Identificar las causas por las cuales comete errores de fluidez.
- d. Aprender técnicas de habla alternativas para rebajar los errores de habla.
- e. Poner en práctica un patrón de habla alternativo al que tiene adquirido en diferentes situaciones de habla (lectura, responder preguntas, narrando sucesos,...) con su posterior valoración de los avances conseguidos.

Objetivos del bloque 2 (Control de la ansiedad):

- a. Aprender técnicas de relajación para después ponerlas en práctica.
- b. Identificar y valorar las sensaciones físicas de nerviosismo.
- c. Identificar respuestas de escape a situaciones temidas y que no se enfrenta por miedo.

Objetivos del bloque 3 (Control del pensamiento):

- a. Identificar los pensamientos negativos asociados al habla y a su conducta.
- b. Expresar pensamientos propios a través de terceras personas.
- c. Hacer valoraciones positivas sobre los avances conseguidos en una semana.
- d. Controlar los pensamientos negativos a través de las estrategias facilitadas.
- e. Transformar pensamientos negativos en positivos.

Objetivos del bloque 4 (Inteligencia emocional):

- a. Comprender la relación entre pensamientos y emociones.
- b. Identificar emociones vivenciadas y características positivas.
- c. Expresar cómo se siente en un momento determinado.
- d. Mejorar la autoestima.

Objetivos del bloque 5 (Habilidades sociales y comunicativas):

- a. Identificar los aspectos no verbales y paralingüísticos de la comunicación.
- b. Poner en práctica aspectos no verbales y paralingüísticos de la comunicación.
- c. Resolver situaciones imaginarias haciendo una defensa de derechos.

- d. Comenzar y mantener una conversación sobre diferentes temas.
- e. Mostrar empatía y asertividad ante ciertas situaciones de la vida cotidiana.
- f. Manejar las burlas que pueda sufrir mediante las técnicas aprendidas.

3. DESTINATARIOS

El proyecto de intervención ha sido elaborado para aquellos alumnos que presenten TDAH y disfemia al mismo tiempo. Está destinado a la etapa de Educación Primaria, para alumnos que cursen 3º de E.P.

Las actividades que se proponen, están planteadas para trabajar con el alumno de manera individual en el aula de Audición y Lenguaje. No obstante, también hay determinadas actividades que aunque se traten y desarrollen fuera del aula ordinaria, hay que ponerlas en práctica de manera global con el resto de los compañeros.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que el procedimiento de la presente propuesta de intervención implica que el niño o niña que lo vaya a desarrollar tenga un nivel cognitivo que le permita comprender términos abstractos y reflexionar acerca de su conducta, el lenguaje que desarrolla, sus pensamientos y emociones y las diversas situaciones comunicativas en las que está involucrado. Además, este nivel cognitivo debe permitirle tener un papel activo en todo momento, pudiendo identificar los objetivos que se pretenden alcanzar y llevando a la práctica las estrategias de actuación de manera global con la ayuda del especialista.

4. CONTEXTUALIZACIÓN

Esta propuesta de intervención está planteado para aquellos centros educativos que cuenten con un/a especialista en Audición y Lenguaje, pues es esta la persona que se va a encargar de desarrollar todas las actividades incluidas en dicha propuesta.

Es importante tener en cuenta que las actividades explicadas en el punto 6, han sido propuestas para que se lleven a cabo a lo largo de un trimestre, pero la intervención continuaría durante más tiempo ya que ambos trastornos, en especial la disfemia, requiere de una atención prolongada para que los resultados sean los más óptimos posibles.

5. METODOLOGÍA

Para el desarrollo de la propuesta, la intervención se ha dividido en doce sesiones, las cuales se componen de diferentes actividades. A su vez, en las sesiones se tratan cinco grandes bloques de

intervención, de los cuales en cuatro se trabajan características que nos sirven para tratar tanto la disfemia como el TDAH. Además, dichas sesiones tienen una duración de una hora cada una y se realizarán de forma semanal, es decir, se fijará un día a la semana en el que durante una hora se llevará a cabo la intervención con el alumno (*véase apéndice 2, p. 50*).

BLOQUES DE INTERVENCIÓN

El primer bloque de intervención, llamado **“Control del habla”**, está destinado a trabajar el control del habla y, por tanto, está elaborado de un modo más específico para tratar las dificultades asociadas a la disfemia. Dentro de este bloque se encuentran las actividades que nos van a servir para establecer un nuevo patrón de habla que permita al alumno cometer menos errores de habla. Pero antes de instaurar cualquier patrón, se tratará de que el alumno sea consciente de los fallos que comete y de que entienda que no solo las personas que presentan un trastorno del lenguaje comete errores cuando habla. Este primer bloque de contenidos abarca las primeras cuatro sesiones de intervención con un total de dieciséis actividades diferentes.

El segundo bloque, denominado **“Control de la ansiedad”**, está propuesto para aprender algunas técnicas de relajación que después se pondrán en práctica en cada sesión. Además, se enseñará al alumno a identificar las sensaciones de nervios que inundan su cuerpo en determinadas ocasiones para que, posteriormente, pueda hacer una valoración de su estado. Por último, se tratará de identificar las respuestas de evitación que utiliza ante situaciones temidas para que sea capaz de hacerlas frente sin miedo. Este bloque tan solo se desarrollará de manera específica en un día a través de 3 actividades, pero de la sesión cinco en adelante, se destinarán en cada sesión, 10 minutos para la relajación.

El tercer bloque, designado como **“Control del pensamiento”**, ha sido desarrollado para hacer frente a todos los pensamientos negativos que tiene el alumno de sí mismo y cambiarlo a positivos. Es esencial que elimine todas las percepciones negativas que tiene sobre sí mismo porque lo que hace es frenar sus avances. Por ello, tres de las doce sesiones de intervención han sido destinadas a este bloque y se trabajará a través de nueve actividades.

El cuarto bloque se llama **“Inteligencia emocional”**, y está formado a su vez por tres actividades. La identificación y la expresión de emociones y la mejora de la autoestima, será la base que se tome para el desarrollo de las actividades planteadas.

El quinto y último bloque, denominado **“Habilidades sociales y comunicativas”**. Por un lado, se le dotará al alumno de estrategias para mejorar sus habilidades sociales y se trabajarán aspectos concomitantes a dichas habilidades como lo son la defensa de derechos, la empatía y la asertividad. Por otro lado, se le enseñará al alumno a identificar y utilizar adecuadamente los elementos no

verbales y paralingüísticos que podemos utilizar las personas para que exista una comunicación plena. Para ello, se han destinado las tres últimas sesiones de intervención del trimestre mediante diez actividades.

SISTEMA DE MOTIVACIÓN

El sistema motivacional que se seguirá durante el periodo de intervención lo hemos llamado “De camino al éxito” (*véase apéndice 3, p. 52*). Dicho sistema pretende integrar el método de economía de fichas con la motivación y la regulación emocional. Consiste en un mural que está colgado en el aula de AL, y está basado en un muñeco con la cara del alumno que debe avanzar desde el inicio de un camino de piedras hasta una casa que esconde una sorpresa. El AL cada vez que crea que el alumno se ha esforzado y ha participado activamente en la sesión de intervención, moverá el muñeco tantas piedras como considere. En el caso de que el rendimiento no haya sido el óptimo, tan solo se avanzará una piedra. El recorrido puede ser efectuado varias veces, por lo que se podrán conseguir varios premios.

OTRAS CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

Tal y como hemos mencionado al final de la explicación del segundo bloque de intervención, a partir de la sesión seis (incluida esta), los diez primeros minutos de cada sesión de intervención estarán destinados a realizar unos sencillos ejercicios de relajación que le permitirán al alumno determinar qué nivel de ansiedad posee y, a su vez, esto le permitirá al AL determinar el nivel de exigencia de la sesión. Para ello, rellenará una pequeña hoja en la que anotará la fecha y cómo se siente (*véase apéndice 4, p. 54*).

6. SECUENCIA DE ACTIVIDADES

Tal y como hemos mencionado antes, la propuesta de intervención sirve para realizarla a lo largo de un trimestre. De este modo, y como sería el comienzo de la intervención, se van a trabajar cinco aspectos de manera concreta: el control del habla, el control de la ansiedad, el control del pensamiento, la inteligencia emocional y las habilidades sociales y comunicativas.

Además, la presente propuesta se divide en doce sesiones, las cuales, a su vez, se integran de diferentes actividades. A continuación, se explica cómo se va a llevar cada una de las sesiones de la propuesta de intervención.

SESIÓN 1: DESCUBRO LO QUE ME PASA

La primera sesión está destinada a explicarle al niño qué es lo que le pasa. A través de una pequeña conversación, se podrán observar los errores de habla que comete y de qué tipo son, así como su conducta en el aula. Además, se le ayudará a identificar sus propios errores para que sea consciente de ellos. Se le propondrá un contrato de participación y se le explicará el sistema motivacional que se va a seguir a lo largo de todo el trimestre.

- **Actividad 1:** “Registro de errores”

Para llevar a cabo esta actividad, el AL propondrá un tema de conversación de interés para el alumno y a partir de esta conversación, anotará en su cuaderno de campo los errores que vaya identificando tanto en el habla como en la conducta del alumno. Tras acabar con esta primera tarea, se le entregará al niño el contrato de participación (*véase ficha 1, apéndice 5, p. 55*), a través del cual debe comprometerse a participar de manera constante y activa durante el periodo de intervención, y en el que también se implicará a la familia y a su tutor ya que de este modo tendrá más efecto para el alumno. Se le explicará en qué consiste el sistema “De camino al éxito”.

- **Actividad 2:** “Descubro mis fallos”

Consiste en rellenar una ficha en la cual aparecen diferentes actos que se llevan a cabo cuando se tartamudea. Además, también tiene que marcar en un dibujo en qué partes del cuerpo nota mayor tensión cuando habla (*véase ficha 2, apéndice 5, p. 56*)

- **Actividad 3:** “¿Por qué me atasco cuando hablo?”

Esta actividad es la continuación de la anterior. Además de saber cuáles son los fallos que comete el alumno, también tiene que saber por qué los comete. Tras rellenar la ficha de acuerdo a lo que piensa, el AL le explicará por qué comete dichos errores (*véase ficha 3, apéndice 5, p. 57*).

- **Actividad 4:** “Detective de errores”

Las personas disléxicas y con TDAH, no son las únicas personas que cometen errores de habla ni de conducta. De este modo, la actividad consiste en que el alumno observe el lenguaje y la conducta de algunas personas cercanas a él y rellene una ficha para ponerla en común con el especialista (*véase ficha 4, apéndice 5, p. 58*).

SESIÓN 2: ¡¡COMENZAMOS!!

Después de conocer qué errores conductuales y de habla comete el alumno, comenzaremos a fijarnos en los del habla. En esta sesión se van a enseñar diferentes tipos de habla que le ayudarán al alumno a cometer menos errores cuando hable y, por lo tanto, a sentirse más relajado.

Antes de empezar con las actividades, se revisará la actividad 4 propuesta en la sesión anterior, pues esto le hará saber al alumno que las personas con disfemia y con TDAH no son las únicas que cometen errores conductuales y de habla.

- **Actividad 1:** “Hablo de muchas maneras”

A través de una ficha, se hará una pequeña introducción de los tipos de habla que el alumno va a aprender con la realización de las actividades propuestas posteriormente. El AL hará una pequeña demostración de habla con cada una de las técnicas para que el alumno observe cómo se realiza *(véase ficha 5, apéndice 5, p. 59)*.

- **Actividad 2:** “Practico el comienzo suave”

Al alumno deberá leer una lista de palabra poniendo en práctica la técnica de comienzo suave. Una vez que haya leído de manera correcta todas las palabras, hará lo mismo pero con un pequeño texto *(véase ficha 6, apéndice 5, p. 60)*.

- **Actividad 3:** “Practico el habla estirada”

Mediante la lectura de un texto corto, el alumno deberá poner en práctica la técnica de habla estirada. Es importante recordarle la importancia que tiene hacerlo de manera lenta, sin ningún tipo de prisa *(véase ficha 7, apéndice 5, p. 61)*.

- **Actividad 4:** “Juego a leer fácil”

Tras haber puesto en práctica el comienzo suave y el habla estirada, se llevará a cabo la generalización de las técnicas mediante la lectura de un texto que no contiene apoyos que hacen que la lectura sea más sencilla *(véase ficha 8, apéndice 5, p. 62)*.

SESIÓN 3: USAMOS EL HABLA FÁCIL

Las técnicas de habla no se aprenden en un día, pues es importante practicarlas mucho para que la generalización sea más sencilla. En esta sesión, se va a trabajar el uso del habla fácil mediante diferentes actividades.

- **Actividad 1:** “Pienso y respondo”

Consiste en que el alumno complete usando la técnica del habla fácil una batería de oraciones que le propondrá el AL *(véase ficha 9, apéndice 5, p. 63)*.

- **Actividad 2:** “Formando familias”

El alumno deberá rellenar unas tablas con la premisa que se propone. Por ejemplo: cinco nombre de frutas, cinco nombres de ciudades, cinco colores... pero siempre usando el habla fácil. Para ello se le proporcionará una ficha que, después de haberla completado leerá en voz alta usando la técnica del habla fácil *(véase ficha 10, apéndice 5, p. 64)*.

- **Actividad 3:** “Describo lo que veo”

La actividad consiste en describir lo que se ve en unos dibujos determinados. Para ello, el alumno deberá usar la técnica del habla fácil (*véase ficha 11, apéndice 5, p. 65*).

- **Actividad 4:** “¿Qué ha pasado?”

A partir de unos dibujos, el alumno debe hacer algunas inferencias para ordenar las imágenes formando una secuencia. Además, explicará lo que ha sucedido usando la técnica del habla fácil (*véase ficha 12, apéndice 5, p. 66*).

SESIÓN 4: SEGUIMOS USANDO EL HABLA FÁCIL

En esta sesión se finalizará con el afianzamiento de la técnica del habla fácil. No obstante, dicha técnica se pondrá en práctica de aquí en adelante en el desarrollo del resto de las sesiones que componen la propuesta de intervención.

- **Actividad 1:** “Un, dos, tres... ¡Responda otra vez!”

Esta actividad simula a un concurso de preguntas y repuestas. El AL formulará preguntas al alumno que deberá responder usando la técnica del habla fácil. Por cada pregunta que responda de manera correcta y lentamente, obtendrá un punto. Al finalizar la actividad, el alumno podrá canjear los puntos por premios (*véase ficha 13, apéndice 5, p. 67*).

- **Actividad 2:** “Escritor por un día”

El AL le proporcionará al alumno un guion sobre una historia que deberá contar mientras lo escribe, es decir, contará la historia silabeando. Esto le permitirá usar la técnica del habla fácil, pues las personas escribimos más lento que hablamos (*véase ficha 14, apéndice 5, p. 68*).

- **Actividad 3:** “Mi amigo el extraterrestre”

Para comenzar con esta actividad, el AL le contará al alumno una historia acerca de un extraterrestre que se perdió y apareció en el planeta Tierra. Obviamente, el extraterrestre no sabía cómo funcionaban algunas de las cosas que usaban los humanos. El alumno, tiene que explicar cómo se utilizan algunos objetos haciendo uso de la técnica del habla fácil (*véase ficha 15, apéndice 5, p. 69*).

- **Actividad 4:** “Valoro el esfuerzo y mi trabajo”

El hecho de que el alumno conozca los avances que está llevando a cabo y valorárselo es muy importante para seguir teniendo mejoras y conseguir los objetivos de la propuesta de intervención. A través de una pequeña ficha que se le proporcionará al alumno, podrá valorarse a sí mismo con la ayuda del AL y, a su vez, el AL podrá comprobar qué percepción tiene el alumno sobre sus avances (*véase ficha 16, apéndice 5, p. 70*).

SESIÓN 5: RELAJACIÓN

A estas alturas de la intervención, es posible que el alumno sienta cierta tensión y nervios ya que las técnicas que se han trabajado hasta el momento no son sencillas de llevar a cabo. Por este motivo, consideramos importante utilizar una sesión destinada a la relajación y al control de la ansiedad. Hacer consciente al alumno de lo que le pasa, nos permitirá ayudarlo a controlar mejor su estado de nervios y se dará cuenta de que le entendemos y queremos ayudarlo.

- **Actividad 1:** “Tumbado y relajado”

Se le pedirá al alumno que se tumben en una alfombra de las que se utilizan para hacer gimnasia y, a continuación, diez repeticiones de respiración lenta (inspirar aire por la nariz y expulsarlo lentamente por la boca). Tras acabar con este primer paso y con el alumno totalmente relajado, le formularemos cuatro preguntas acerca de sus problemas que deberá responder susurrando, pues esto hará que no aparezca el tartamudeo y siga relajado. Además, para crear un ambiente calmado, se pondrá música suave de fondo.

Por otra parte, se le preguntará qué hace y qué no hace en determinadas ocasiones por miedo al qué dirán de sus dificultades (*véase ficha 17, apéndice 6, p. 71*).

- **Actividad 2:** “Identifico señales de tensión”

Consiste en rellenar una ficha en la que aparecen diversos que ítems de diversas cosas que le pueden suceder al alumno ante situaciones en las que se pone nervioso. Después de completarla, lo pondrá en común con el AL, el cual le ayudará a comprender que son cosas normales pero que se pueden corregir (*véase ficha 18, apéndice 6, p. 72*).

- **Actividad 3:** “El termómetro de la tensión”

Con la ayuda del dibujo de un termómetro, el alumno señalará cómo se siente ante algunas situaciones cotidianas afectadas por sus dificultades de habla y su conducta (*véase ficha 19, apéndice 6, p. 73*).

SESIÓN 6: CONTROL DEL PENSAMIENTO I

Tanto el TDAH como la dislexia, no se limitan a los errores de tipo conductual o los de habla que presenta el alumno, sino que también aparecen pensamientos relacionados con su modo de expresarse. Las valoraciones negativas que se forma el alumno a consecuencia de sus dificultades, hacen que se predisponga de manera negativa, lo cual es uno de los aspectos que pretendemos tratar para que dichos pensamientos negativos se disipen y forme pensamientos positivos.

- **Actividad 1:** “El triángulo de los sentimientos”

A través de una ficha, el alumno pondrá de manifiesto la actitud que tuvo ante situaciones positivas y negativas en relación con las dificultades de habla que tiene. El AL se encargará

de reforzar aquellas decisiones positivas que tomó, y le ayudará a corregir las que fueron negativas transformándolas en propuestas de mejora (*véase ficha 20, apéndice 7, p. 74*).

- **Actividad 2:** “Me pongo en su lugar”

El AL le propondrá al alumno dos situaciones en las que están involucradas dos personas. La primera consiste en un niño al que no le dejan jugar a la pelota en el parque porque dicen que molesta y, la segunda, trata de una niña que se bloquea al hablar cuando la maestra le manda salir a la pizarra a corregir un ejercicio en voz alta. El alumno deberá dar dos soluciones, una para cada situación, de cómo solucionar ambos problemas. Es importante recordarle que usando la técnica del habla fácil, es más sencillo hablar sin cometer errores.

- **Actividad 3:** “Diario de mis pensamientos”

Con esta actividad, le daremos la oportunidad al alumno de registrar diariamente aquellos pensamientos negativos y machacones que le ponen nervioso y hacen que su forma de hablar y su conducta no sea la mejor que puede mostrar. En la siguiente sesión, se pondrá en común con el AL para comentar los aspectos mejorables (*véase ficha 21, apéndice 7, p. 75*).

SESIÓN 6: CONTROL DEL PENSAMIENTO II

En esta sesión se seguirá tratando el control del pensamiento para transformar todas las percepciones negativas que el alumno pueda tener en positivas pues, tal y como hemos explicado anteriormente, las valoraciones negativas que se forma el alumno hacen que se predisponga de manera negativa, y lo que pretendemos es que actúe de la manera más positiva posible.

Antes de comenzar, se revisará la actividad 3 propuesta en la sesión 6 para que el AL le proponga algunas pautas que ayuden al alumno a cambiar algunos pensamientos negativos que tiene.

- **Actividad 1:** “Detective de pensamientos”

La actividad consiste en identificar los pensamientos que se le pasan por la cabeza al alumno tanto mientras habla como después de haber hablado. Esto le permitirá saber al AL qué percepción tiene el alumno sobre su dificultad de habla, y los avances que cree que está llevando a cabo (*véase ficha 22, apéndice 7, p. 77*).

- **Actividad 2:** “Seamos positivos”

Después de identificar los pensamientos que tiene el alumno acerca de su habla, es importante saber también cuáles son los pensamientos positivos que tiene sobre sí mismo. Además, no solo se tratarán los relacionados con el habla, como en la actividad anterior, sino que también expresará los relacionados con el TDAH (*véase ficha 23, apéndice 7, p. 78*).

- **Actividad 3:** “La caja de las preocupaciones”

Aprovechando la dinámica de haber expuesto las percepciones positivas que tiene el alumno de sí mismo, finalizaremos la sesión llevando a cabo esta actividad. Ésta consiste en escribir en pequeños pedazos de papel, todos los pensamientos negativos que han aparecido durante la sesión y después de la misma, meterlos en una caja que, posteriormente, será cerrada con cinta adhesiva para que no se pueda abrir y todos esos pensamientos queden ahí para siempre.

SESIÓN 8: CONTROL DEL PENSAMIENTO III

Esta sesión será la última que se centre en el control del pensamiento, en la expresión de dichos pensamientos y en el cambio de lo negativo a lo positivo.

- **Actividad 1:** “Me expreso dibujando”

El alumno deberá imaginarse en positivo una situación (puede ser de habla o no) que le preocupe y a la que tendrá que hacer frente en poco tiempo. Después, la dibujará en un folio y explicará al AL, usando la técnica del habla fácil, en qué consiste para que éste le pueda dar algunas pautas de actuación que le permitan al alumno salir airoso de la situación planteada (*véase ficha 24, apéndice 7, p. 79*).

- **Actividad 2:** “Te aconsejo”

Llegados a este punto, el alumno ya ha adquirido algunas habilidades para ser capaz de transformar algunos de los pensamientos negativos a positivos. Para hacerle consciente de ello, el AL le propondrá una situación en la que un niño también presenta algunas dificultades de habla y de conducta y no sabe qué hacer ni cómo actuar. El alumno deberá proponer algunas pautas de actuación, para que la situación sea resuelta satisfactoriamente a través de pensamientos positivos.

- **Actividad 3:** “¿Se acabó lo negativo!”

La última actividad consiste en dejar reflejado por escrito los cambios de pensamiento que se han aprendido hasta el momento. No obstante, dichos cambios se comentarán con el AL, el cual reforzará en todo momento la actitud del alumno (*véase ficha 25, apéndice 7, p. 80*).

SESIÓN 9: INTELIGENCIA EMOCIONAL

Del mismo modo que hemos trabajado en las 3 sesiones anteriores el control del pensamiento para reducir la ansiedad, es importante que, para que el alumno se sienta más seguro y confiado, descienda el nivel de las emociones negativas. Para poder nivelar las emociones negativas con respecto las positivas, se le debe hacer consciente de estas emociones negativas. Una vez detectadas,

se analizarán, animando al alumno a que las exprese, pues esto ayudará a que el malestar desaparezca progresivamente y, finalmente, logre transformarlos por sentimientos positivos.

- **Actividad 1:** “¿Qué sé de las emociones?”
Antes de meternos de lleno con la transformación de los sentimientos, es esencial conocer qué sabe el alumno acerca de las emociones y cuáles conoce. Para ello, se le preguntará acerca del tema y, para finalizar y asegurarnos que comprende lo que son y que las diferencia correctamente, le pediremos que rellene una ficha en la que tendrá que marcar cuáles han sido las emociones que ha sentido la protagonista de la historia (*véase ficha 26, apéndice 8, p. 81*).
- **Actividad 2:** “Proponiendo metas”
Consiste en establecer una serie de objetivos entre el alumno y el AL que deberán ser conseguidos desde el momento en que son propuestos hasta el final de la intervención. Para que dichos objetivos estén presentes, se elaborará una lista en una cartulina que estará puesta en el aula de AL cuando se lleve a cabo la intervención con el alumno (*véase ficha 27, apéndice 8, p. 84*).
- **Actividad 3:** “Soy así y estoy orgulloso”
Fijar sentimientos positivos es esencial para alcanzar cualquier meta que nos propongamos. A través de esta actividad, se pretende que queden plasmadas en una ficha las características positivas del alumno, puesto le hará ver que es bueno en muchas cosas y puede lograr lo que se plantee. Por otra parte, hará un dibujo de sí mismo de cómo se ve, puesto le permitirá al AL tener una percepción más completa de cómo se ve el alumno a sí mismo (*véase ficha 28, apéndice 8, p. 85*).

SESIÓN 10: HABILIDADES SOCIALES Y COMUNICATIVAS I

El trabajo en las habilidades sociales y comunicativas con el alumno, nos ayudará a que éste cambie la perspectiva acerca de dichas habilidades. Del mismo modo, no solo lo hará en relación los problemas de fluidez, sino que también lo podrá hacer en el resto de los aspectos verbales, no verbales y comunicativos. Además, se explicará al alumno cómo puede influir este aprendizaje para mejorar tanto su fluidez verbal como las relaciones sociales con otras personas.

- **Actividad 1:** “El lenguaje corporal y las habilidades conversacionales”
Esta actividad se divide en dos partes. La primera de ellas trata del lenguaje corporal, pues el lenguaje no es únicamente una sucesión de palabras, sino que con el cuerpo también se pueden expresar muchas cosas y dar información. A través de una tabla que deberá rellenar

el alumno, el AL podrá conocer qué aspectos no verbales utiliza el alumno para comunicarse (*véase ficha 29, apéndice 9, p. 86*).

La segunda parte de la actividad también consiste en rellenar una tabla, pero esta vez sobre las habilidades de conversación que tiene nuestro alumno cuando habla (*véase ficha 29, apéndice 9, p. 87*).

- **Actividad 2:** “Mímica”

Para poner en práctica los aspectos no verbales pero comunicativos que hemos tratado en la actividad anterior, se llevará a cabo la representación de diferentes situaciones a través de la mímica. Para realizar esta actividad se puede pedir la colaboración de otros alumnos que sean compañeros del alumno con el que estamos llevando a cabo la intervención (*véase ficha 30, apéndice 9, p. 88*).

- **Actividad 3:** “Aprendo a relacionarme”

Consiste en que el alumno marque en una tabla la frecuencia con la que utiliza algunas habilidades cuando se relaciona con otras personas. En función de las respuestas obtenidas, el AL le dirá qué aspectos son mejorables e insistirá en aquellas cosas que hace correctamente para que siga haciéndolo de ese modo (*véase ficha 31, apéndice 9, p. 89*).

SESIÓN 11: HABILIDADES SOCIALES Y COMUNICATIVAS II

En esta sesión se continuará trabajando con todos los aspectos relacionados con las habilidades sociales y comunicativas del alumno con el que se está llevando a cabo la intervención. Gracias a la sesión anterior, se ha podido obtener información que nos permitirá establecer una base de actuación para las actividades que se proponen a continuación.

Es importante recordarle al alumno lo importante que es utilizar la técnica del habla fácil, pues todas las actividades se llevan a cabo a través de la conversación.

- **Actividad 1:** “Defensa de derechos”

El AL le planteará al alumno una situación imaginaria que consiste en que el alumno ha prestado un juego a un amigo y éste se lo ha devuelto roto. El alumno deberá expresar qué haría ante esa situación. Por otra parte, el AL deberá fijarse si el alumno utiliza técnicas de lenguaje no verbal (contacto ocular, gestos faciales y corporales, ...).

- **Actividad 2:** “¿Conversamos?”

A través de esta actividad, el AL le propondrá al alumno diversos temas de conversación y le dará algunas estrategias para iniciar una conversación con diferentes personas con las que pueda hablar de los temas trabajados. Entre los temas que se pueden tratar están su programa favorito, la colección de cromos que está haciendo, los dibujos animados que

más le gustan, la última película que ha visto, el deporte que practica, su comida preferida, etc.

- **Actividad 3:** “Expreso mi desagrado”

Consiste en dotar al alumno de estrategias que le permitan expresar su desagrado ante situaciones incómodas o injustas. Para ello, se le propondrán tres situaciones ficticias en las que debe expresar su punto de vista. Estas serán:

1. Un niño te dice algo que te molesta
2. Los compañeros que se sientan detrás del alumno en clase no dejan de molestar y esto no le permite oír al profesor.
3. Ha surgido un conflicto en clase y el profesor castiga a toda la clase por la culpa de dos compañeros.

- **Actividad 4:** “Muestro empatía”

Del mismo modo que hemos tratado en la actividad anterior algunas estrategias para mostrar desagrado, en esta actividad le daremos al alumno algunas estrategias para mostrar empatía. Para ello, también se le propondrán tres situaciones ficticias en las que deberá explicar cómo pueden sentirse las personas involucradas en cada situación. Estas son:

1. El mejor amigo del equipo de baloncesto de su hermano se muda a otra ciudad a vivir y ya no jugarán juntos.
2. Su mamá ha estado cocinando toda la mañana y cuando llegas a casa con tu hermano no queréis comer lo que ha hecho porque preferís otra comida.
3. Un primo le regala por su cumpleaños algo que no le gusta demasiado.

SESIÓN 12: HABILIDADES SOCIALES Y COMUNICATIVAS III

Con esta sesión destinada a seguir trabajando las habilidades sociales y comunicativas, se cierra la propuesta de intervención que ha sido elaborada para un trimestre. Las actividades incluidas en la sesión, están diseñadas para finalizar el entrenamiento en las habilidades citadas anteriormente, aunque en caso de que fuera necesario, éstas se podrían seguir tratando en sesiones posteriores.

- **Actividad 1:** “Aprendo a decir ¡NO!”

La actividad se basa en proporcionar al alumno algunas estrategias que le ayuden a ser asertivo ante algunas situaciones de la vida cotidiana. Para ello, se le propondrán tres situaciones ficticias en las que tenga que decir que no. Las situaciones que se utilizarán para ensayar son:

1. Un compañero de clase quiere que le cueles en la fila de la hamburguesería.

2. Un amigo quiere que le prestes un juego que aun no has estrenado.
3. Un compañero de clase te pide tus deberes para copiarlos porque él no quiso hacerlos ayer por la tarde.
4. Un amigo emboca un balón en una casa que no conocéis y te pide que saltes la valla con él para recuperarlo.

Después, el AL le dará la oportunidad de que le cuente algunas situaciones en las que por miedo a la respuesta de las otras personas y que a pesar de tener que decir que no, ha hecho lo que le han pedido.

- **Actividad 2:** “Aprendo a manejar las burlas I”

Consiste en identificar momentos en los que el alumno ha sido objeto de burla debido a sus dificultades y proponerle estrategias de actuación que pueda llevar a cabo cuando se vea envuelto de nuevo en situaciones de ese tipo (maneras de evitar a las personas que se meten con el alumno, pensar en personas a las que puede acudir el alumno si se burlan de él y no sabe cómo manejar la situación, actividades de escape que puede hacer cuando esté furioso o triste tras una burla,...). Para ello, se utilizará una tabla en la que debe marcar cuáles cree que son las razones por las que se burlan de él. Tras rellenar la tabla y analizar las respuestas marcadas, se llevará a cabo una reflexión con el AL, el cual explicará al alumno cómo debe actuar (*véase ficha 32, apéndice 9, p. 90*).

- **Actividad 3:** “Aprendo a manejar las burlas II”

Para finalizar, el alumno y el AL elaborarán una lista de manera conjunta de aquellas situaciones en las que se enfrenta a las burlas de otras personas. Después, practicarán las situaciones propuestas por el alumno mediante ensayos para saber cómo actuar ante ellas y resolverlas en un futuro de manera satisfactoria.

7. EVALUACIÓN

Todo proceso de intervención tiene que llevar incluido una parte de evaluación. En este apartado vamos a explicar el método de evaluación que se va a seguir en esta propuesta de intervención. En el momento de evaluar, nos centraremos principalmente en el niño, aunque también se hará una escueta evaluación de la propuesta de evaluación al completo.

Las fases del proceso de evaluación de las sesiones de intervención anteriormente descritas se dividen en **evaluación inicial**, **evaluación formativa** y **evaluación sumativa**. La primera fase se realizaría antes de comenzar y nos daría la posibilidad de conocer el estado del alumno antes de llevar a cabo las actividades. Además, nos permitirá conocer y valorar factores motivacionales,

actitudinales, cognitivos y afectivos del alumno. La segunda fase de evaluación se caracteriza por ser continua, ya que lo que se pretende es seguir el proceso de aprendizaje de alumno, detectando los avances, los logros y los estancamientos en cada sesión. La última fase se lleva a cabo al concluir la propuesta de intervención. Ésta nos sirve para conocer cuáles han sido los aprendizajes desarrollados a lo largo del trimestre, es decir, nos da la oportunidad de conocer en qué grado han sido cumplidos los objetivos propuestos.

Además, a la hora de evaluar se tendrán en cuenta otras características. De este modo la evaluación también será **global**, pues con el desarrollo de una evaluación globalizada se tienen en cuenta las características del alumno, la situación familiar, la generalización de los conocimientos en diferentes ámbitos de la vida cotidiana,...; **procesual**, ya que no se valorarán únicamente los resultados obtenidos al final de la intervención, sino que se tendrán en cuenta los progresos que ha llevado a cabo el alumno; **cualitativa**, debido a que la intervención no solo se va medir en forma de números sino que también es importante la información que se extraiga en cada sesión; e **integradora**, pues se tendrán en cuenta las técnicas y estrategias aprendidas en los diferentes bloques así como la actitud presentada en cada momento.

Por otra parte, cabe destacar que la evaluación se realizará mayoritariamente de manera **directa**, es decir, a través de la observación. Pero también formará parte del proceso de evaluación la información que nos puedan ofrecer los padres, el tutor y el resto de maestro que tratan con el alumno a través de registros de conducta o registros anecdóticos.

En el hipotético caso de que no se logren los objetivos establecidos, se deberá revisar la propuesta de intervención y mejorar todos aquellos aspectos que no han servido para que el programa se haya desarrollado satisfactoriamente. En determinados casos, se deberán replantear las actividades mediante algunas adaptaciones y, en otros casos, tendremos que variar los objetivos puesto que quizás, estos hayan superado el nivel de exigencias al que nuestro alumno puede llegar.

Por último, es importante dejar claro que por cada bloque tratado existe una tabla de evaluación (*véase apéndice 10, p. 91*). No obstante, también hemos diseñado hojas de registro anecdótico para cada sesión y para cada bloque de intervención pues, como bien hemos dicho antes, entendemos la evaluación como un proceso cualitativo (*véase apéndice 11, p. 96*).

- A. Bloque 1: Control del habla (*véase apéndice 10, p. 91*).
- B. Bloque 2: Control de la ansiedad (*véase apéndice 10, p. 92*).
- C. Bloque 3: Control del pensamiento (*véase apéndice 10, p. 93*).
- D. Bloque 4: Inteligencia emocional (*véase apéndice 10, p. 94*).
- E. Bloque 5: Habilidades sociales y comunicativas (*véase apéndice 10, p. 95*).

CONTEXTO

Tras la elaboración del presente trabajo, hemos llevado a cabo un balance final que nos ha permitido obtener un contexto en el que se establecen los puntos fuertes y las limitaciones que presenta.

Uno de los puntos fuertes más destacables es la elaboración de una novedosa propuesta de intervención que puede ser puesta en práctica por cualquier especialista de Audición y Lenguaje, independientemente de las características del centro educativo en el que trabaje, pero siempre respetando que va dirigido a un alumnado muy específico, pues debe presentar TDAH y dislexia de manera simultánea. Además, la propuesta presenta un material muy llamativo en el que se incluyen actividades que permiten trabajar técnicas y estrategias de actuación que afectan directamente y al mismo tiempo a los dos trastornos que se tratan.

Es reseñable el hecho de que la propuesta de intervención no solo implique al alumno con el que se llevará a cabo, sino que también hace partícipes al resto de maestros, al equipo de orientación del centro y a la familia del alumno.

No obstante también presenta limitaciones, y es que la propuesta que hemos elaborado no se ha podido llevar a cabo en un contexto real. Por este motivo, las posibles mejoras que se pueden llevar a cabo tras la puesta en práctica de cualquier propuesta, no han sido efectuadas. Del mismo modo, no hemos podido comprobar el grado de efectividad de las actividades que componen cada una de las sesiones de la propuesta.

Respecto a las limitaciones de carácter teórico, la más destacable es que la información que hemos encontrado acerca de las características que el TDAH y la dislexia tienen en común, ha sido muy escasa, lo que ha contribuido a que la elaboración de la propuesta haya sido compleja.

De este modo, esperamos que las futuras líneas de investigación se dirijan a tratar más a fondo la comorbilidad del TDAH con los trastornos del lenguaje, en especial a aquellos que afectan a la fluidez del habla, pues esto permitiría desarrollar numerosos programas y propuestas de intervención que facilitarían mucho el trabajo de los especialistas de Audición y Lenguaje en los centros educativos.

CONCLUSIONES Y REFLEXIÓN FINAL

La conclusión principal que se sustrae del presente trabajo es la consecución de los objetivos que propusimos al inicio, haciendo mayor hincapié en el que se refería a la elaboración de una propuesta de intervención que abarcara dos trastornos de intervención compleja.

Por un lado tenemos el TDAH, uno de los trastornos con mayor incidencia en la población infantil (Quintero y Castaño, 2014). Por otra parte tenemos la disfemia, que es un trastorno del lenguaje que afecta a la fluidez del habla y que, al contrario del TDAH, su incidencia es baja entre la población infantil (Sangorrín, 2005).

En el ámbito escolar, he podido comprobar que ambos trastornos son bien conocidos y, sobre todo con el TDAH, se toman medidas en las aulas ordinarias para que el desarrollo integral del niño sea lo más completo posible a pesar de las dificultades que presenta para estar atento o incluso permanecer quieto en su pupitre durante unos minutos sin molestar a los demás (Green y Chee, 2000; Lavigne y Romero, 2010). Con la disfemia sucede lo mismo. Los maestros saben algunas pautas que deben seguir con los alumnos que padecen este trastorno, para que no se sientan desplazados y no sufran las burlas de los compañeros, pues las dificultades de fluidez que caracterizan a este trastorno suelen ser objeto de burla (Fernández-Zúñiga y Caja del Castillo, 2008). Si juntamos ambos trastornos porque un alumno los padece de manera comórbida, es más complicado de tratar debido a la escasa existencia de casos (Ygual, 2003). Y no solo eso, pues quizás en el colegio el niño está más controlado y su desarrollo tanto a nivel cognitivo como social es más normal pero, ¿y fuera de las aulas? ¿qué pasa con ese niño después de la jornada escolar? Por dicho motivo, nos planteamos diseñar una propuesta de intervención en el ámbito educativo en la que se trataran de manera simultánea factores que afectan al TDAH y la disfemia, y que pudiera servir para aplicarlos a la vida cotidiana ya que según asegura Lora (2006) los trastornos del lenguaje han de ser tratados al mismo tiempo que los síntomas del TDAH. De este modo, tendríamos la posibilidad de estructurar varias sesiones de intervención en las que se podrían dotar al alumno de técnicas de habla y estrategias de actuación para hacer frente a cualquier situación en su día a día, independientemente de las dificultades que presentara. Por supuesto, la tarea no ha sido sencilla.

Nuestra andadura comenzó con la recopilación de toda la información posible sobre el TDAH y la disfemia. Recoger artículos de revistas del ámbito educativo, médico, psicopedagógico,... y libros sobre el TDAH, fue una tarea medianamente sencilla si lo comparamos con la búsqueda de información sobre la disfemia. No obstante, tuvo su punto de dificultad, pues consideramos un factor muy importante el que la información fuera lo más reciente posible debido a las continuas investigaciones que se están llevando a cabo, lo cual hace que los avances y el cambio de perspectivas sea constante, y muchos artículos tuvimos que descartarlos. Respecto a la disfemia, que

es el segundo de los trastornos que hemos tratado, es destacable la dificultad que hemos tenido para encontrar libros y artículos de revistas de diversos ámbitos pues, el acceso a muchos de estos artículos, estaba restringido. Además, ha sido muy complicado recopilar información reciente ya que la disfemia es un trastorno del que se ha escrito desde hace muchos años y que, en comparación con el TDAH, apenas es investigado. Pero sin lugar a dudas lo más complicado ha sido encontrar artículos que mencionaran el TDAH y la disfemia de manera conjunta.

Tras acabar con la recopilación de toda la información nos dimos cuenta de que para elaborar la propuesta de intervención tendríamos que ser nosotras las que estableciéramos los factores comunes y tomarlos como punto de partida. Asimismo, decidimos diseñar la primera parte de una intervención que, necesariamente, debería continuar con el paso del tiempo puesto que el TDAH es un trastorno que no desaparece (Tarver et al., 2014), y la disfemia es un trastorno con el que a pesar de lograr muchos avances, las personas que lo padecen están muy expuestas a las recaídas (Fernández-Zúñiga y Caja del Castillo, 2008). De este modo la parte inicial la dedicamos a la disfemia para así comenzar a cambiar el patrón de habla tartamudo que definen Santacreu y Froján (1996), ya que esto nos ayudaría a que el alumno, tras ver los avances que se pueden conseguir con este paso, accediera al cambio de aspectos que están relacionados con este trastorno como son la ansiedad, los pensamientos negativos, las emociones y las habilidades sociales y comunicativas; y cuyo tratamiento favorecería también el tratamiento del TDAH. No obstante, todo ello, se realizará tomando como base el tratamiento psicológico y el tratamiento psicopedagógico, los dos principales tipos de tratamiento no farmacológico propuestos por Serrano-Troncoso et al. (2013), en conjunción con la intervención familiar y la técnica de Mindfulness.

Para acabar y a modo de conclusión final, he de decir que ha sido una lástima no poder vincular este laborioso trabajo con la realización de las prácticas en un centro educativo, pues esto me hubiera permitido observar el alcance y la efectividad de la innovadora propuesta que hemos diseñado. Sin embargo, hay que ser realistas y tener en cuenta que no en todos los colegios hay un caso tan excepcional como el de encontrarte un alumno con TDAH y disfemia. Aun así, son muchos los aspectos positivos que me llevo de la elaboración del TFG, pues gracias a este trabajo he aprendido a elaborar un documento de carácter formal teniendo en cuenta cada detalle; he desarrollado mi capacidad para buscar información en diversas fuentes bibliográficas; me ha ayudado a comprender más a las personas que padecen TDAH y a las que padecen disfemia; me ha hecho crear una propuesta de intervención que puede ser utilizada por cualquier persona que pueda necesitarla; y me ha servido como punto de inflexión para dar comienzo a una nueva etapa de mi vida en la que tendré que llevar a la práctica todo lo aprendido a lo largo de la carrera de Educación Primaria, en la cual he tenido la suerte de aprender de mucha gente y de compartir conocimientos, experiencias, alegrías y tristezas. A partir de ahora solo queda luchar para ejercer de maestra, una profesión que a pesar de estar muy infravalorada, es la más bonita del mundo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albert, J.; López, S.; Fernández, A. y Carretié, L. (2008). Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: datos existentes y cuestiones abiertas. *Revista de Neurología*, 47 (1), 39-45.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Edition)*. Washington, DC: Author.
- Barkley, R.A. (1999). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Guía completa del trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Castells, P. (2006). *Nunca quieto, siempre distraído: ¿tendrá TDAH? (trastorno por déficit de atención con hiperactividad)*. Madrid: Espasa.
- Cervera, J. F. y Ygual, A. (2002). Intervención educativa en los niños tartamudos: retos técnicos y compromiso ético para los especialistas en audición y lenguaje. *Edetania, Estudios y propuestas de Educación*, 9-35.
- De la Fuente, M.; Franco, C. y Salvador, M. (2010). Efectos de un programa de meditación (mindfulness) en la medida de la alexitimia y las habilidades sociales. *Psicothema*, 22(3), 369-375.
- Díez, A.; Figueroa, A. y Soutullo, C. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 8, 135-155.
- Fernández-Zúñiga, A. y Caja del Castillo, R. (2008). *Tratamiento de la tartamudez en niños. Programa de intervención para profesionales y padres*. Madrid: Elsevier Masson.
- Fundaicyl (2010). *Guía para padres y profesionales de la educación y de la medicina sobre el TDAH*. Valladolid.
- Gómez-Betancur, L. A., Pineda, D. A. y Aguirre-Acevedo, D. C. (2005). Conciencia fonológica en niños con trastorno de la atención sin dificultades en el aprendizaje. *Revista de neurología*, 40(10), 581-586.
- González, M. I. N. y Villamisar, D. A. G. (2010). El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica. *Revista de historia de la psicología*, 31(4), 23-36.
- Green, C. y Chee, K. (1999). *El niño muy movido o despistado: entender el trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Barcelona: Medici.

- Groesman, C. P. (2014). *La tartamudez. Guía para docentes*. Madrid: TTM/fundación española de la tartamudez.
- Hernández Jiménez, I. (2011). Trastornos de la fluidez: la tartamudez, evaluación y tratamiento. *Revista digital de innovación y experiencias educativas*, 42, 1-8.
- Hidalgo, M. I. y Sánchez, L. (2014). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Manifestaciones clínicas y evolución. Diagnóstico desde la evidencia científica. *Pediatría Integral*, 9, 609-623.
- Hidalgo, M. I. y Soutullo, C. (2005). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Curso de formación continuada en psiquiatría infantil. *Pediatría Integral*, 6, 3-25.
- Lavigne, R. y Romero, J.F. (2010). *El TDAH: ¿qué es?, ¿qué lo causa?, ¿cómo evaluarlo y tratarlo?* Madrid: Pirámide.
- Lora, A. (2006). El tratamiento del niño y adolescente con TDAH en Atención Primaria desde el punto de vista de la evidencia. *Revista pediatría de atención primaria*, 8(4), 69-114.
- Loriente, C. (2013). Crítica y alternativa al modelo biomédico de. *Revista de Investigación en Logopedia*, 3(2), 120-145.
- Mateo, V. F. (2005). Perspectivas recientes en la evaluación neuropsicológica y comportamental del trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad. *Electronic journal of research in educational psychology*, 3(7), 215-232.
- Mateo, V. F. (2006). Recursos para el diagnóstico psicopedagógico del TDAH y comorbilidades. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 4(10), 623-642.
- Mena, B., Nicolau, R., Salat, L., Tort, P. y Romero, R. (2006). *Guía Práctica para educadores: El alumno con TDAH. Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad*. Barcelona: Ediciones Mayo.
- Moreno García, I. (2007). *Hiperactividad infantil: guía de actuación*. Madrid: Pirámide.
- O'Neill, Y. V. (1987). La tartamudez: una espina en la carne: El interés por la tartamudez en la Inglaterra del siglo XIX. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 7(3), 167-176.
- Parellada, M.; Moreno, D.; Sípos, L. y Ponce, G. (2009). *Tdab: trastorno por déficit de atención e hiperactividad de la infancia a la edad adulta, de la infancia a la edad adulta*. Madrid: Alianza Editorial.
- Presentación, M., Pinto, V., Meliá, A. y Miranda, A. (2009). Efectos sobre el contexto familiar de una intervención psicosocial compleja en niños con TDAH. *Escritos de Psicología*, 2(3), 18-26.

- Quintero, J. y de la Mota, C. C. (2014). Introducción y etiopatogenia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Pediatría Integral*, 9, 600 - 608.
- Ramírez Sánchez, D. M. (2011). Estrategias de intervención educativa con el alumnado con dislexia. *Revista digital de innovación y experiencias educativas*, 47, 1-10.
- Redondo, C. y Gómez de Lora, C. (s.f.). *Cuentos para prevenir. Cuentos infantiles sobre educación emocional*. Madrid: CEAPA.
- Rodríguez, C., González-Castro, P., Álvarez, L., Vicente, L., Núñez, J. C., González-Pienda, J. A., Álvarez, D., Bernardo, A. y Cerezo, R. (2011). Nuevas técnicas de evaluación en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). *European journal of education and psychology*, 4(1), 63-73.
- Rodríguez, P. J. y Hidalgo, M. I. (2014). Herramientas de utilidad para evaluar el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Pediatría Integral*, 9, 689-692.
- Rubió, I.; Mena, B. y Murillo, B. (2006). El pediatra y la familia de un niño con TDAH. *Revista pediátrica de atención primaria*, 8(4), 199-216.
- Sangorrín, J. (2005). Dislexia o tartamudez. *Revista de Neurología*, 41(1), 43-46.
- Santacreu, J. y Frojás, M. X. (1996). *La tartamudez. Guía de prevención y tratamiento infantil*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Serrano-Troncoso, E., Guidí, M. y Alda-Díez, J. Á. (2013). ¿Es el tratamiento psicológico eficaz para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)? Revisión sobre los tratamientos no farmacológicos en niños y adolescentes con TDAH. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(1), 44-51.
- Terán, J. M. P., Vega, P. T. y Merayo, Y. Z. (2012). Aspectos históricos y evolución del concepto de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): mitos y realidades. *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*, 11(2), 7-20.
- Tarver, J., Daley, D. y Sayal, K. (2014). Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): an updated review of the essential facts. *Child: care, health and development*, 40(6), 762-774.
- Vaquerizo, J. (2005). Hiperactividad en el niño preescolar: descripción clínica. *Revista Neurología*, 40(1), 25-32.
- Ygual, A. (2003). Problemas de lenguaje en estudiantes con déficit atencional (Tesis doctoral). Universitat de Valencia, España.

Ygual, A., Miranda-Casas, A. y Cervera-Mérida, J. F. (2000). Dificultades en las dimensiones de forma y contenido del lenguaje en los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Neurología Clínica*, 1, 193-202.

WEBS RELACIONADAS CON LOS TEMAS TRATADOS

1. TDAH

- ~ AVATDAH (Asociación Vallisoletana de Afectados por el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad): <http://www.avatdah.org/#>
- ~ Fundación ADANA: <http://www.fundacionadana.org/>
- ~ Fundaicyl: <http://www.fundaicyl.org/inicio/>
- ~ Fundación CADAH (Fundación Cantabria Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad): <http://www.fundacioncadah.org/web/>
- ~ Web reconocida que recoge información sobre el TDAH: <http://www.tdahytu.es/>

2. DISFEMIA

- ~ American Speech-Language-Hearing Association:
<http://www.asha.org/public/speech/disorders/La-Tartamudez/>
- ~ TTM/Fundación Española de la Tartamudez: <http://www.fundacionttm.org/>

APÉNDICES

APÉNDICE 1 – TABLAS DEL MARCO TEÓRICO

FIGURA 1: TASAS DE PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS COMÓRBIDOS.

TRASTORNO COMÓRBIDO	PREVALENCIA
Trastorno Negativista Desafiante (TND)	40% - 50%
Trastorno de Conducta Disocial (TC)	40% - 50%
Trastornos de ansiedad	34% en niños y 40% en adultos
Trastorno Bipolar	10%
Trastorno de tics (T. de Gilles de la Tourette)	11%
Trastornos de aprendizaje	20%
Trastornos del lenguaje	19% - 48%

Tabla 2: Tasas de prevalencia de los trastornos comórbidos.
Fuente: Elaboración propia. 2015.

FIGURA 2: CLASIFICACIONES DE LA TARTAMUDEZ SEGÚN SANTACREU Y FROJÁN (1996)

Perspectiva evolutiva	A) Tartamudeo evolutivo B) Tartamudeo benigno C) Tartamudeo persistente o crónico
Perspectiva sintomatológica	A) Tartamudez tónica B) Tartamudez clónica C) Tartamudez mixta
Perspectiva etiológica	A) Tartamudez psicogénica B) Tartamudez neurogénica

Tabla 3: Clasificaciones de la tartamudez según Santacreu y Froján (1996)
Fuente: Elaboración propia. 2015

FIGURA 3: ÍNDICE DE WINGATE (1977)

GRAVEDAD	FRECUENCIA	NIVEL DE ESFUERZO	RASGOS SECUNDARIOS
Muy ligera	1/100 (1%)	Ninguna tensión aparente	Ninguno
Ligera	1/50 (2%)	Tensión perceptible, pero con “bloqueos” superados con facilidad.	Mínimos (ojos abiertos, parpadeos, movimiento de la musculatura facial).
Moderada	1/15 (7%)	Clara identificación de tensión o esfuerzo durante dos segundos (aprox.) de duración.	Movimientos perceptibles de la musculatura facial.
Grave	1/7 (15%)	Clara identificación de tensión o esfuerzo durante dos a cuatro segundos de duración.	Movimientos perceptibles de la musculatura facial.
Muy grave	1/4 (25%)	Esfuerzos considerables; cinco a más segundos de duración; intentos repetidos y consistentes.	Actividad muscular enérgica facial u otra cualquiera.

Tabla 4: Índice de Wingate (1977)

Fuente: Cervera e Ygual (2002)

APÉNDICE 2 – METODOLOGÍA DE LA PROPUESTA

La estructuración de la propuesta de intervención queda resumida en la tabla que se expone a continuación.

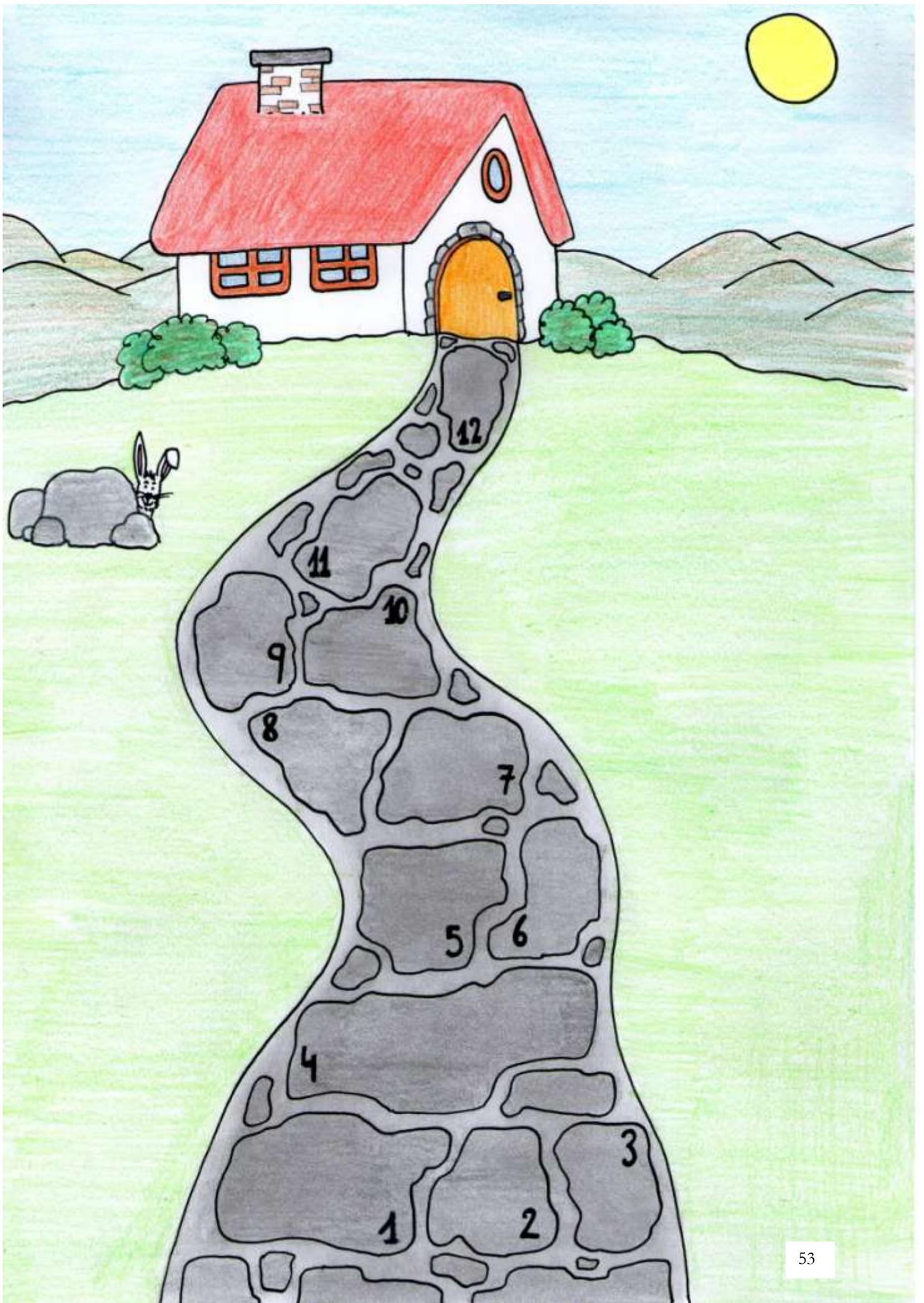
BLOQUE 1: CONTROL DEL HABLA	
SESIÓN 1: Descubro lo que me pasa	A1: “Registro de errores” A2: “Descubro mis fallos” A3: “¿Por qué me atasco cuando hablo?” A4: “Detective de errores”
SESIÓN 2: ¡¡Comenzamos!!	A1: “Hablo de muchas maneras” A2: “Practico el comienzo suave” A3: “Practico el habla estirada” A4: “Juego a leer fácil”
SESIÓN 3: Usamos el habla fácil	A1: “Pienso y respondo” A2: “Formando familias” A3: “Describo lo que veo” A4: “¿Qué ha pasado?”
SESIÓN 4: Seguimos usando el habla fácil	A1: “Un, dos, tres... ¡Responda otra vez!” A2: “Escritor por un día” A3: “Mi amigo el extraterrestre” A4: “Valoro el esfuerzo y mi trabajo”
BLOQUE 2: CONTROL DE LA ANSIEDAD	
SESIÓN 5: Relajación	A1: “Tumbado y relajado” A2: “Identifico señales de tensión” A3: “El termómetro de la tensión”
BLOQUE 3: CONTROL DEL PENSAMIENTO	
SESIÓN 6: Control del pensamiento I	A1: “El triángulo de los sentimientos” A2: “Me pongo en su lugar” A3: “Diario de mis pensamientos”
SESIÓN 7: Control del pensamiento II	A1: “Detective de pensamientos” A2: “Seamos positivos” A3: “La caja de las preocupaciones”
SESIÓN 8: Control del pensamiento III	A1: “Me expreso dibujando” A2: “Te aconsejo” A3: “Se acabó lo negativo”

BLOQUE 4: INTELIGENCIA EMOCIONAL	
SESIÓN 9: Inteligencia emocional	A1: “¿Qué sé de las emociones?” A2: “Proponiendo metas” A3: “Soy así y estoy orgullosa”
BLOQUE 5: HABILIDADES SOCIALES Y COMUNICATIVAS	
SESIÓN 10: Habilidades sociales y comunicativas I	A1: “El lenguaje corporal y las habilidades conversacionales” A2: “Mímica” A3: “Aprendo a relacionarme”
SESIÓN 11: Habilidades sociales y comunicativas II	A1: “Defensa de derechos” A2: “¿Conversamos?” A3: “Expreso mi desagrado” A4: Muestro empatía”
SESIÓN 12: Habilidades sociales y comunicativas III	A1: “Aprendo a decir ¡NO!” A2: “Aprendo a manejar las burlas I” A3: “Aprendo a manejar las burlas II”

APÉNDICE 3 - SISTEMA DE MOTIVACIÓN

Recorta la siguiente silueta y pégale una foto de la cara del alumno. Este será el muñeco que se utilizará para avanzar por las piedras del camino que conducen a la casita. En la página siguiente encontrarás el mural.





APÉNDICE 4 - REGISTRO DE RELAJACIÓN

Túmbate y ponte cómodo. Cierra los ojos y relájate todo lo que puedas e intenta no mover ninguna parte del cuerpo.

¿Qué nivel de relajación tienes? Marca con una X la casilla que creas que se acerca más a cómo te sientes en este momento.

		NIVEL DE RELAJACIÓN		
Nº SESIÓN	FECHA	NADA	POCO	MUCHO

APÉNDICE 5 - FICHAS DEL BLOQUE 1

FICHA 1: CONTRATO DE PARTICIPACIÓN

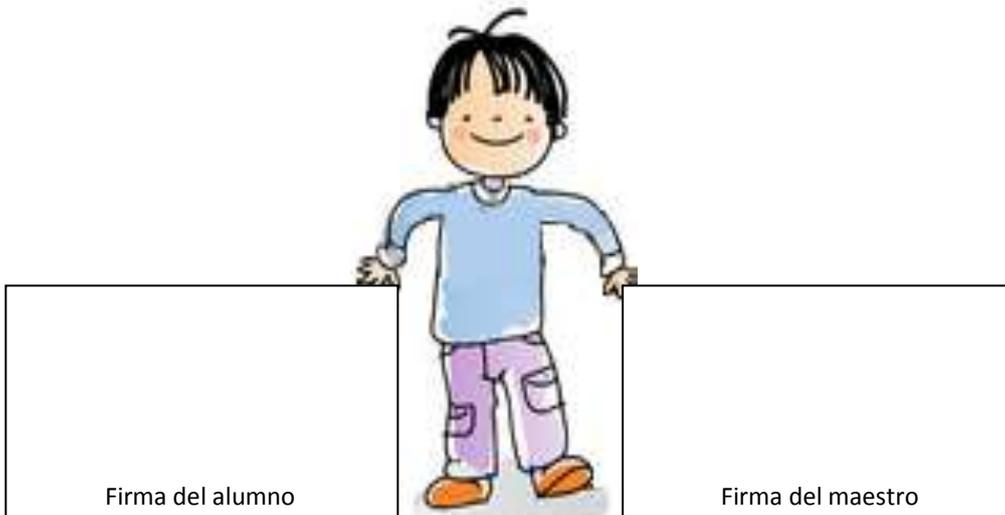


CONTRATO DE PARTICIPACIÓN

Yo, _____, me
(Nombre del alumno)
comprometo a esforzarme y participar activamente en todas las
actividades que me proponga mi maestro.

Yo, _____, estoy
(Nombre del maestro)
dispuesto a premiar a _____ con
(Nombre del alumno)
_____ a cambio de que realice
con buena actitud todas las actividades que le propongo.

En _____ a _____ de _____ de 20 _____

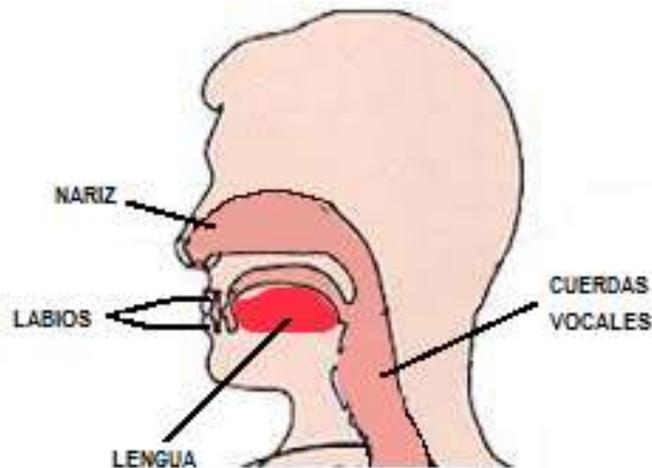


FICHA 2: “DESCUBRO MIS FALLOS” → (Objetivos: a, b)

¿Qué cosas te pasan cuando hablas? Marca con una X las casillas con las que estés de acuerdo:

- **Muevo el cuello u otras partes del cuerpo**
- **Aprieto los dientes**
- **Aprieto los labios**
- **Respiro muy rápido**
- **Tengo que hacer una parada para respirar**
- **Hablo muy rápido**
- **Prolongo los sonidos**
- **Aprieto los ojos**
- **Noto presión en el pecho**
- **Noto presión en la garganta**
- **Repito palabras**
- **Parto palabras**
- **Me atasco un poco**
- **Hago fuerza**

Estas son las partes del cuerpo más importantes que intervienen cuando hablamos. ¿En qué partes de las señaladas en el dibujo notas tensión? Rodéalas.



FICHA 3: “¿POR QUÉ ME ATASCO CUANDO HABLO?” → (Objetivos: a, c)

¿Por qué crees que te atascas un poco cuando hablas? Marca con una X las casillas que creas que se corresponden con lo que te pasa.

- **Porque me pongo nervioso**
- **Porque siempre he tenido dificultades para hablar.
Es de nacimiento**.....
- **Porque necesito más tiempo que otros niños para
hablar**.....
- **Porque de pequeño me pasó algo malo y desde
entonces no puedo hablar de otro modo**
- **Porque lo aprendí imitando a otras personas**.....
- **Porque mi respiración no es buena**.....
- **Porque es un hábito, ya me he acostumbrado**.....
- **Porque es una manía que tengo**.....
- **Porque creo que es algo que cuando quiera puedo
superarlo**.....
- **Porque hago fuerza con algunas partes del cuerpo
cuando hablo**.....



FICHA 4: “DETECTIVE DE ERRORES” → (Objetivos: a)

Todo el mundo comete algún error al hablar y, además, cada uno habla de un modo diferente. Escucha cómo hablan tus padres, tu hermano/a, algún amigo tuyo o incluso tu maestro. Vas a observar que ellos también cometen a veces errores como pararse, bloquearse y repite palabras.

Fíjate bien cómo hablan y anota qué errores comete cada uno.

- **Mi padre** _____

- **Mi madre** _____

- **Mi hermano/a** _____

- **Mi mejor amigo/a** _____

- **Mi maestro/a** _____

FICHA 5: “HABLO DE MUCHAS MANERAS” → (Objetivos: d)

El habla fácil será a partir de ahora nuestro modo de hablar. Pero para poder usar esta técnica primero vamos a practicar unos sencillos trucos que nos ayudarán a aprender hablar mejor, a cometer menos errores. ¡¡Vamos allá!!

1. COMIENZO SUAVE: suelta el aire muy despacio a la vez que dices una palabra. Prueba con la palabra GATO.



2. HABLA LENTA: ahora prueba a decirlo muy despacio, como si fueras una tortuga. Sigue probando con la palabra GATO.



3. HABLA ESTIRADA: vamos a hablar alargando mucho las vocales. Verás qué divertido.



4. HABLA FÁCIL: dilo despacio, suave y estirando un poco las vocales. Prueba a decir “El gato está en el tejado”.



5. LEE FÁCIL: ahora que ya sabes cómo se habla fácil, podrás usarlo también cuando leas. ¡¡ENHORABUENA!!

FICHA 6: “PRACTICO EL COMIENZO SUAVE” → (Objetivos: e)

Ahora que ya sabes cuáles son los trucos para hablar fácil, vamos a practicarlos un poquito más. Lee el siguiente texto poniendo en práctica el comienzo suave.

Lleegaabaa caamiinaadoo poor eel paarquee cuuaandoo mee dii
cuueentaa dee quee laa taarjeetaa quee lee haabííaa heechoo aa mii
aamiigoo poor suu cuumpleeaños see mee oolviidó een caasaa.

Tuuvee quee daar laa vuueeltaa hasta mii caasaa paaraa coogeerlaa
poorquee noo podíía iir aa laa fiieestaa siin eellaa.



FICHA 7: “PRACTICO EL HABLA ESTIRADA” → (Objetivos: e)

Para usar el hablar fácil correctamente, hay que practicar un poquito más los trucos que hemos aprendido. Lee el siguiente texto poniendo en práctica el habla estirada.

Suu maamá lee diijoo quee see puusiieeraa laas coodeeraas yy laas
roodiilleeraas paaraa paatiinaar peeroo eel niñoo sooloo see puusoo eel
caascoo.

Uunoos miinuutoos deespueés eel niñoo see caayó yy see hiizoo uunaa
heeriidaa een eel coodoo yy uun aaguujeeroo een eel paantaalón.



FICHA 8: “JUEGO A LEER FÁCIL” → (Objetivos: e)

Ahora que ya has practicado los trucos de comienzo suave y habla estirada, vas a poner en práctica la técnica de habla fácil leyendo el texto que está escrito a continuación. Pon mucho cuidado que ya no hay ayudas visuales. ¡¡Ánimo!!

COCODRILOS Y CAIMANES

Tanto los cocodrilos como los caimanes son reptiles. Al igual que otros reptiles, tiene la piel seca y cubierta de escamas. Además, como son ovíparos, ponen huevos. También tienen sangre fría, lo cual quiere decir que no son capaces de originar calor para mantenerse calientes los días que hace frío. Tienen que vivir en lugares calurosos para mantenerse calientes y, por eso, se encuentran con más frecuencia en climas cálidos.

Y, ¿sabías qué?, estos reptiles cuando están inmóviles, sus cuerpos verdosos y marrones se parecen a grandes troncos, así que pueden engañar a otros animales y causar que se acerquen y se conviertan en su comida.



FICHA 9: “PIENSO Y RESPONDO” (*Ficha para el AL*) → (Objetivos: e)

Propón las siguientes oraciones al alumno para que las complete. Recuérdale que debe usar la técnica del habla fácil.

1. Por favor, abre la...
2. Ahora mismo me tomaría un helado de...
3. Hoy el cielo está...
4. Tu nombre es...
5. Tu padre se llama...
6. Tu madre se llama...
7. Tu comida preferida es...
8. Los domingos por la tarde...
9. Tu deporte preferido es...
10. En verano...
11. Si llaman al timbre...
12. Tu libro favorito es...
13. Tu amigo tiene...
14. El color de mi camiseta es...
15. Duermo en...
16. Te gusta mucho...
17. Odias que...
18. La última película que viste fue...
19. Los viernes...
20. Tu cumpleaños es...

FICHA 10: “FORMANDO FAMILIAS” → (Objetivos: e)

Completa las tablas con seis nombre de..., usando el habla fácil.

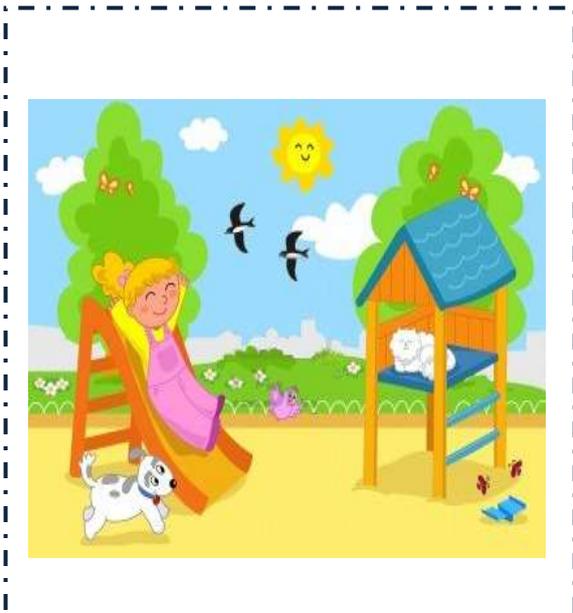


FLORES	ANIMALES	FRUTAS

SABORES DE HELADOS	DEPORTES	PAÍSES

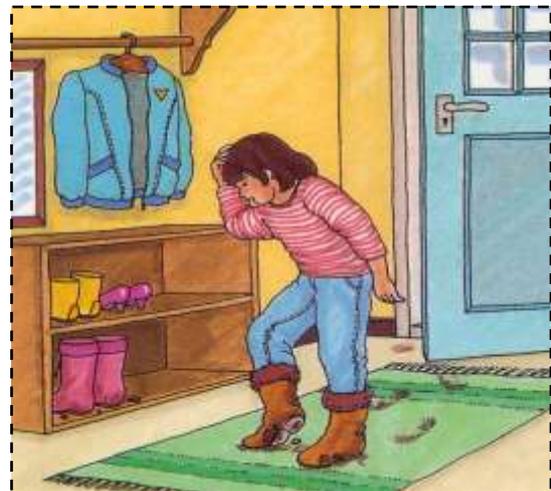
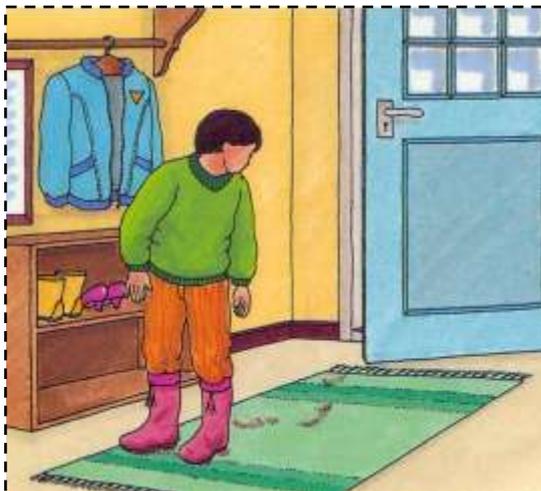
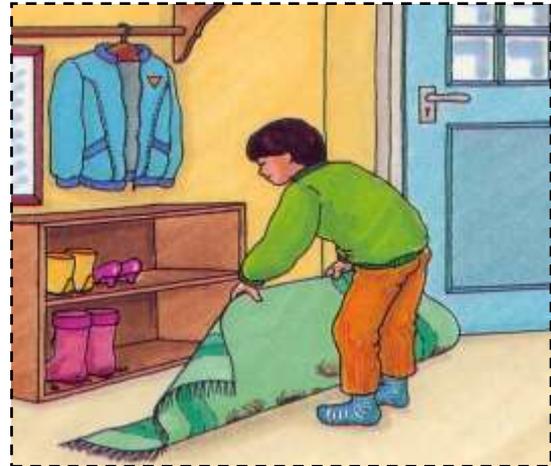
FICHA 11: “DESCRIBO LO QUE VEO” → (Objetivos: e)

Describe lo que ves en cada imagen usando el habla fácil.



FICHA 12: “¿QUÉ HA PASADO?” → (Objetivos: e)

Recorta las siguientes imágenes y ponlas en el orden adecuado. Después, explica la secuencia utilizando la técnica del habla fácil.

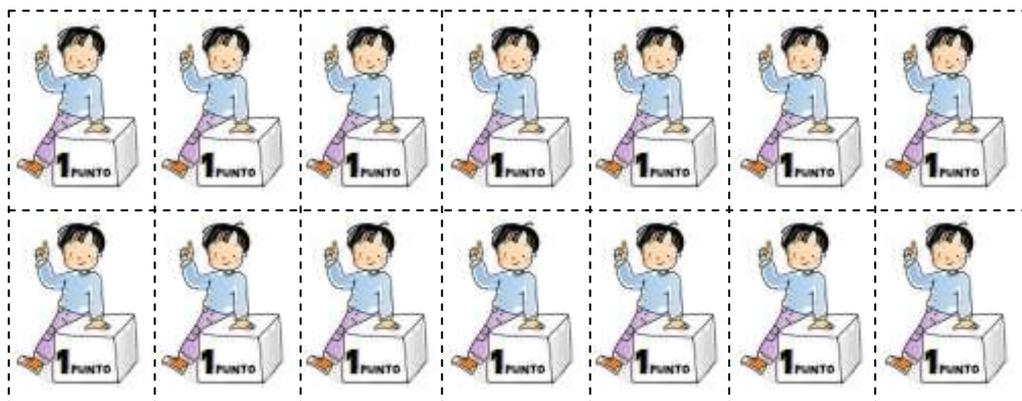


FICHA 13: “UN, DOS, TRES... ¡RESPONDA OTRA VEZ!” (Ficha para el AL)

→ (Objetivos: e)

Recorta los puntos del final de la hoja y hazle al alumno las siguientes preguntas. Por cada pregunta que responda correcta y lentamente deberás entregarle un punto que después podrá cambiar por un premio. Recuérdale que use la técnica del habla fácil.

1. ¿Dónde compras el pan?
2. ¿Por qué en invierno no hay flores en el campo?
3. ¿Qué haces nada más levantarte?
4. ¿Para qué sirve la lavadora?
5. ¿Qué labor hace un bombero?
6. ¿Dónde puedes encontrar un gorila?
7. ¿Para qué sirve un tenedor?
8. ¿Cuál es la labor de un cartero?
9. ¿Por qué hay personas que utilizan gafas?
10. ¿Qué te gustaría hacer ahora mismo?
11. ¿Para qué sirve una ambulancia?
12. ¿A qué animales podemos ordeñar para sacar leche?
13. ¿Qué haces después de comer?
14. ¿Por qué hay semáforos en las calles?



FICHA 14: “ESCRITOR POR UN DÍA” → (Objetivos: e)

Completa la historia. Para ello, deberás ir contándola mientras la escribes.

El domingo mi familia y yo fuimos a la playa... _____

El día iba genial hasta que... _____

Menos mal que vino... _____

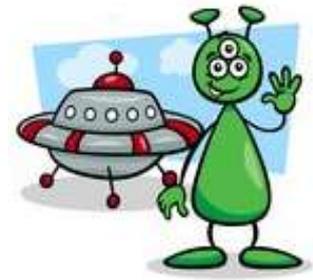
Después de toda esta aventura... _____

Al final del día... _____



FICHA 15: “MI AMIGO EL EXTRATERRESTRE” → (Objetivos: e)

Félix el extraterrestre se ha perdido por la galaxia y ha aparecido en el planeta Tierra. Aquí ha visto un montón de aparatos que no sabe cómo se utilizan, así que necesita de tu ayuda. De la lista que te propone a continuación elige 5 y explica para qué sirven y cómo se utilizan. No te olvides de usar el habla fácil, pues Félix no entiende muy bien nuestro idioma y, si hablas muy deprisa, no se enterará de nada.



- ✓ Lavadora
- ✓ Teléfono móvil
- ✓ Lámpara
- ✓ Ordenador
- ✓ Televisión
- ✓ MP4
- ✓ Tablet
- ✓ Microondas
- ✓ Horno
- ✓ Frigorífico
- ✓ Congelador

FICHA 16: “VALORO EL ESFUERZO Y MIS AVANCES” → (Objetivos: e)

Es momento de valorar todo el esfuerzo y los avances que has realizados. Marca con una X la casilla que se corresponde con tu opinión.

	¿Qué tal se me da?		
	Regular	Bien	Genial
Identificar algunos errores que cometo cuando hablo			
Usar la técnica del comienzo suave cuando veo que me puedo atascar un poco			
Usar el habla estirada para reducir los errores			
Utilizar la técnica del habla fácil para no cometer demasiados errores cuando hablo			
Leer textos usando el habla fácil			
Responder preguntas sin precipitarme			
Describir imágenes utilizando el habla fácil			
Dar instrucciones de modo pausado			
Contar una secuencia de acciones despacio que previamente he ordenado			

De aquí en adelante creo que podré mejorar las siguientes cosas:

- _____
- _____
- _____
- _____



FICHA 18: “IDENTIFICO SEÑALES DE TENSION” → (Objetivos: b)

¿Qué te pasa cuando te pones nervioso? Marca con una X la casilla que coincida con lo que te sucede.

- Me sudan las manos
- Me suda la cara
- Siento tensión en los hombros
- Siento tensión en el cuello
- Siento tensión por la espalda
- Mi corazón late muy deprisa
- Se me ponen mariposas en el estómago
- Siento que me ahogo
- Me mareo
- Me entran ganas de vomitar
- No puedo dejar de moverme
- Me pongo a temblar
- Se queda la boca seca



FICHA 19: “EL TERMÓMETRO DE LA TENSIÓN” → (Objetivos: b)

¿Cómo te sientes en las siguientes situaciones? Relaciona cada momento con la parte del termómetro que tú crees que corresponde.



Muy nervioso

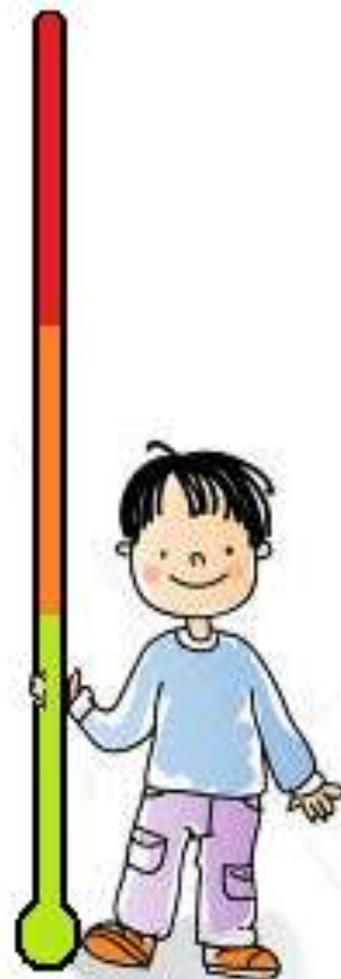


Un poco nervioso



Tranquilo

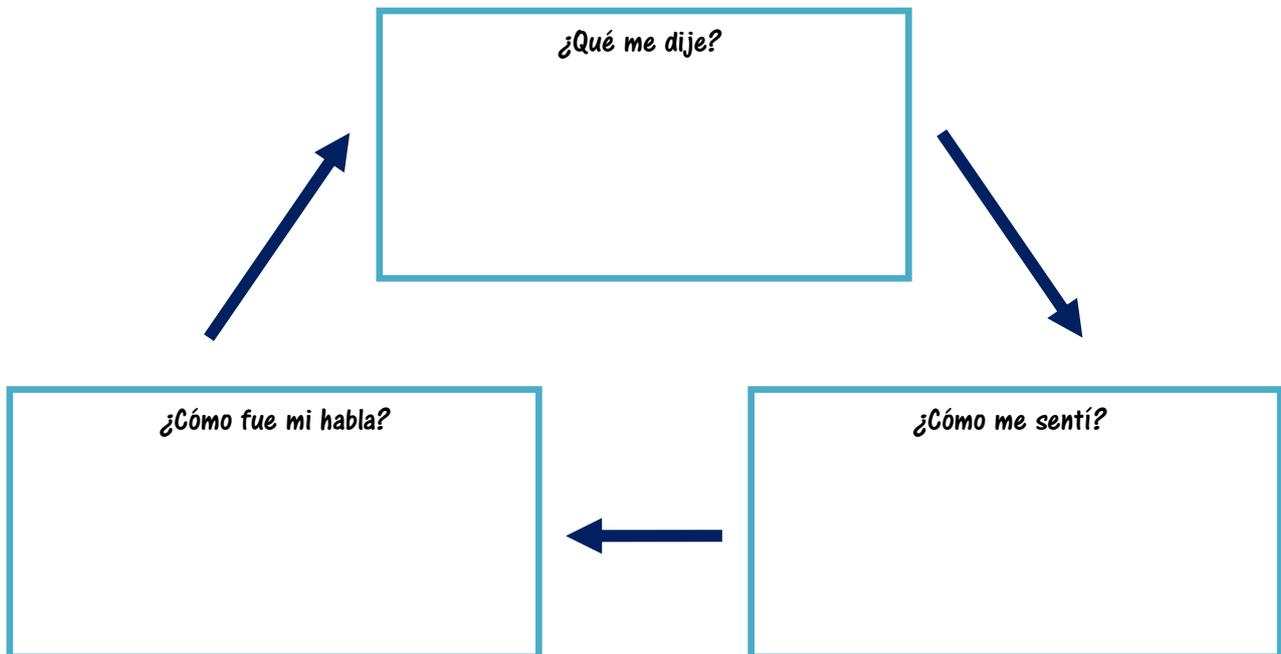
1. *Hablando con mi madre*
2. *Hablando con mi padre*
3. *Hablando con mis amigos*
4. *Jugando en el recreo con mis amigos*
5. *Cuando me hacen una pregunta en clase*
6. *Al ir a comprar gominolas al quiosco*
7. *Hablando con mi profe de mates*
8. *Cuando tengo que hablar con gente nueva*
9. *Cuando algunos chicos no quieren jugar conmigo*
10. *Cuando mis padres me regañan por correr por casa*
11. *En clase cuando la profe pide silencio*
12. *En clase con el profe de AL*



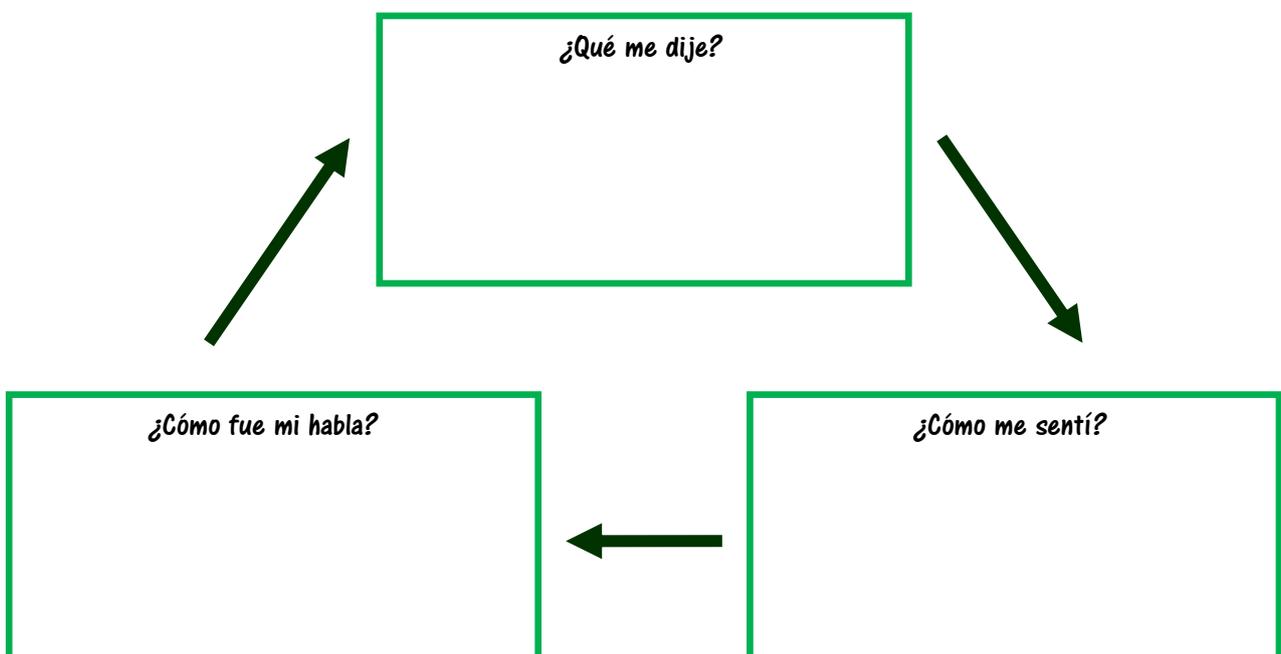
APÉNDICE 7 - FICHAS DEL BLOQUE 3

FICHA 20: “EL TRIÁNGULO DE LOS SENTIMIENTOS” → (Objetivos: a)

Piensa en una situación en la que has tenido algún problema para hablar fluido y rellena los rectángulos.



Ahora piensa una situación en la que has hablado fluido y rellenas los rectángulos.



FICHA 21: "DIARIO DE MIS PENSAMIENTOS" → (Objetivos: a)

LUNES

MARTES



MIÉRCOLES

JUEVES



VIERNES

SÁBADO



DOMINGO

FICHA 22: “DETECTIVE DE PENSAMIENTOS” → (Objetivos: c, d)

Marca con una X las casillas que coincidan con lo que piensas cuando...

1. Estás hablando

- Calma, tranquilízate
- Es normal que me atasque un poco
- Poco a poco hablo mejor, lo estoy consiguiendo
- No pasa nada, todo el mundo comete errores
- Respira y sigue, ¡sabes hacerlo!
- Lo estoy haciendo bien
- Puedo conseguirlo

2. Has terminado de hablar

- Lo he conseguido decir bien
- Me he controlado bien
- Estoy satisfecho
- Tener errores es normal, a todo el mundo le ha pasado alguna vez
- Puedo hacerlo mejor
- Con los trucos, seguro que mejoraré
- Me he puesto nervioso, la próxima vez lo haré mejor
- Algunas cosas me han salido bien y eso es importante



FICHA 23: “SEAMOS POSITIVOS” → (Objetivos: c)

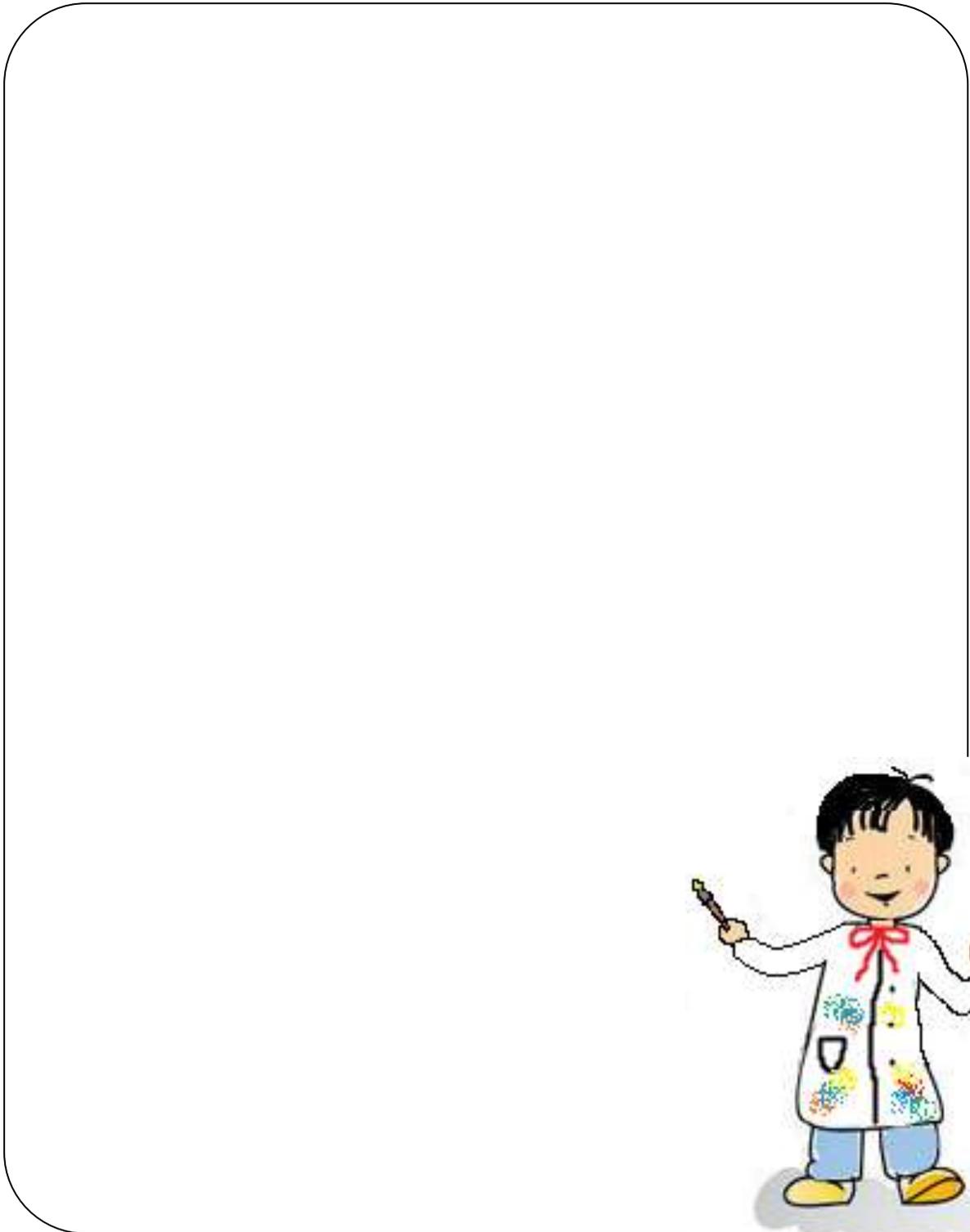
Elabora una lista con todas aquellas situaciones en las que te has sentido bien a pesar de tener algunas dificultades para controlarte y comportarte de manera adecuada.



A large rectangular box with a black border, containing 15 horizontal lines for writing. The bottom right corner of the box is folded over, resembling a page corner.

FICHA 24: “ME EXPRESO DIBUJANDO” → (Objetivos: a)

Imagina en positivo alguna situación (puede ser de habla o no) que te preocupe y a la que tendrás que hacer frente dentro de poco tiempo. Haz un dibujo en el que aparezcas en esa situación y después explica en qué consiste.



FICHA 25: “¡SE ACABÓ LO NEGATIVO!” → (Objetivos: a, e)

Identifica los pensamientos negativos que se te han pasado alguna vez por la cabeza como consecuencia de tus dificultades para hablar fluido o estarte quieto durante un tiempo largo y transfórmalos en pensamientos positivos.



PENSAMIENTOS NEGATIVOS	PENSAMIENTOS POSITIVOS
⇒	
⇒	
⇒	
⇒	
⇒	
⇒	
⇒	
⇒	
⇒	

APÉNDICE 8 - FICHAS DEL BLOQUE 4

FICHA 26: “¿QUÉ SÉ DE LAS EMOCIONES?” → (Objetivos: a, b)

¿Podrías identificar las emociones que ha sentido el protagonista del cuento? Subraya la parte de la historia en la que aparezca alguna emoción según marca la leyenda.

 Triste  Nervioso  Preocupado  Feliz

EL SUEÑO DE MATEO

Durante el recreo, Mateo se sentaba todos los días en una esquina del campo de fútbol del colegio, en plan espectador, como si estuviera en casa viendo la televisión. Se acurrucaba en el suelo y, mientras se mordisqueaba las uñas, miraba todo concentrado cómo sus compañeros jugaban al fútbol. Esa era su gran pasión, jugar como ellos, pero desde pequeño había sido siempre un mal jugador, más que malo, malísimo.

Su mejor amigo es Juan Begé (de Bermejo Galindo). A Juan Begé no le gusta jugar al fútbol, pero siempre acompaña a su amigo allá donde vaya. Mateo quisiera entrenar en el equipo del colegio y jugar los partidos de los sábados, y que en las gradas estuvieran sus padres, sus amigos (sobre todo Juan Begé), los abuelos, los tíos, los primos... todo el mundo. Bueno, todo el mundo no, porque tiene una prima que se llama Esmeralda y es insoportable. Va al mismo colegio que él, y siempre que salen al recreo y le ve jugar al fútbol empiezan a abuchearle, ella y sus dos queridas amigas. Y claro, Mateo tiene la autoestima por los suelos.

Por las noches, Mateo se dormía imaginando que era el mejor jugador del equipo. Se veía regateando a los contrincantes y metiendo un gol desde el centro del campo, el gol de la victoria. Los compañeros se abalanzan hacia él, y él no para de saltar señalando con los pulgares el número que lleva a la espalda, igualito que hace Raúl, su ídolo. Pero a la mañana siguiente, nada era como había soñado. Y cuando llegaba el recreo, volvía a sentarse en la esquina del campo de fútbol.

Aquella mañana, Juan Begé se sentó a su lado y le propuso que se metiera ya de una vez en el equipo del colegio, con Javi, el entrenador, para que él le enseñara a jugar. Y le dijo también que dejara de hacer caso a su prima.

- Soy tan patoso que no me cogerían en el equipo ni aunque lo pidiera por favor - le dijo Mateo con la cabeza gacha.

Pero Begé es mucho Begé. Y quedó por la tarde con Mateo para «dar una vuelta». Aunque de dar una vuelta nada; lo que quería era llevarle a ver a Javi. Con la excusa de atajar por el campo de fútbol, se plantaron delante de él, y después del codazo que le dio su amigo, Mateo no tuvo más remedio que decirle que quería apuntarse al equipo. Cuando Javi le dijo que sí, Mateo no se lo podía creer. Había sido más fácil de lo que él imaginaba. Los dos amigos se fueron para casa. Se despidieron en la esquina del puesto de los melones, que es donde se solían despedir todos los días cuando volvían del colegio. Mateo subió entusiasmado las escaleras de tres en tres y casi se da con las narices en la puerta, de las ganas que tenía de contárselo todo a su madre.

Ella se puso muy contenta: «Así me gusta, eres un valiente. Iremos todos los sábados a verte jugar. Seguro que lo haces muy bien».

Al jueves siguiente empezaron los entrenamientos. Mateo tenía mucho que aprender, y se esforzaba todo lo que podía; hacía los ejercicios sin rechistar y los repetía una y otra vez si le salían mal (que, por cierto, era muchas veces). Pero todo se fastidiaba cuando aparecían por allí Esmeralda y sus amigas. Parecía que no tenían otra cosa mejor que hacer que quedarse ahí en la valla, comiendo pipas y riéndose a carcajadas cuando Mateo tocaba el balón. ¿Es que nadie les metía un calcetín en la boca o les tiraba un jarro de agua fría? Pues no, parecía que eran invisibles. Pero para Mateo no lo eran; sus risas se le metían por los oídos y se convertían en un eco: «ERESMALO ERESMALO ERESMALO». Entonces ya Mateo no daba pie con bola. Se sentía como un pato gigante en medio de un charco de barro. Esos días llegaba a casa cabizbajo y sin ganas de cenar ni de hablar con nadie.



El último día del entrenamiento antes del primer partido de la temporada, Esmeralda y sus amigas no habían aparecido, cosa rara, y Mateo estuvo toda la tarde corriendo y saltando tan a gusto. Nada más acabar, Javi le cogió por los hombros y le dijo que se preparara para el sábado, que le iba a sacar desde el principio. No se lo podía creer, eso era mucho más de lo que se había imaginado. Se fue corriendo para casa y, nada más llegar, dio la noticia a toda la familia y no tardó ni un segundo en coger el teléfono para llamar a su amigo Begé: «¿A qué hora es el partido? ¿A las doce? Claro que iré».

Y por fin llegó el sábado. Menudo día el que le esperaba. Apenas desayunó. «Tengo un nudo en el estómago, mamá, ya comeré después».

Llegaron al campo bastante antes de la hora. Poco a poco fueron llegando sus compañeros. Se notaba que todos estaban nerviosos, se daban palmaditas en el hombro, se movían inquietos. Tenían ganas de jugar. Todo estaba perfecto para Mateo: concentrado y lleno de energía. Bueno, todo no, porque su madre no le había dicho que había llamado a sus abuelos y a sus tíos y... sí, también a Esmeralda. Menos mal que se presentó sin sus amigas.

Ya quedaba poco para que comenzara el partido, y Mateo tuvo la mala idea de mirar hacia la grada. Uf, le cambió la cara, porque allí vio, entre caras conocidas y alegres (el abuelo Ricardo, la abuela Marcela, la tía Brígida y el tío Manuel), a la querida Esmeralda.

Empezó a sudar antes de tiempo, a temblar y a escuchar dentro de su cabeza «ERESMALO ERESMALO ERESMALO». El árbitro pitó el comienzo del partido, pero como si nada. Todos empezaron a correr menos Mateo, que se quedó paralizado y no se atrevía ni a tocar el balón, por miedo a oír una carcajada de Esmeralda. Casi no celebró los dos goles que metió su equipo ni se enteró de los otros dos goles que les metieron a ellos. Total, empate a dos y Mateo casi no había tocado el balón, porque andaba todo el rato mirando a la grada y a su prima. Y llegó casi el final del partido. Mateo no había tocado el balón y su equipo estaba empate a dos. El tiempo se iba acabando y de repente Mateo, no sabía cómo, se encontró con el balón en los pies y enfrente de la portería. Las piernas le temblaban. Solo tenía que chutar fuerte para meter el gol, pero estaba como ausente mirando a la grada. Menos mal que el grito del entrenador le devolvió a la realidad, así que chutó con todas sus fuerzas. El balón ni mucho menos fue directo a la portería, sino a una esquina del área, donde de casualidad estaba Sergio, que metió el gol de la victoria. Cuando se dio cuenta, sus compañeros se le habían echado encima, celebrando el buenísimo pase que le había dado a Sergio para que metiera gol.

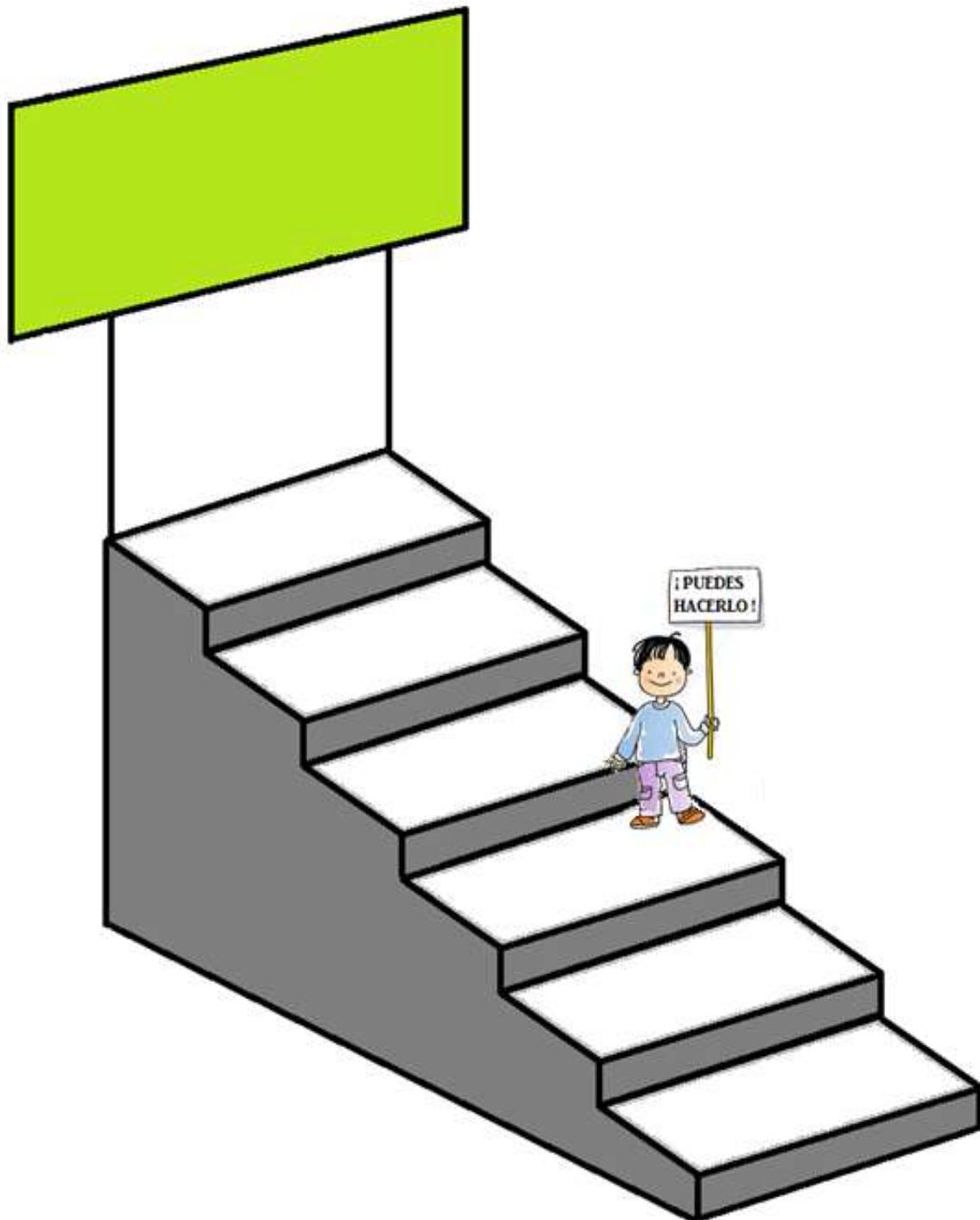
Desde aquel partido, Mateo sigue entrenando todas las semanas, y cada vez se siente menos malo.

(Adaptado de "El sueño de Mateo". Cuentos infantiles sobre educación emocional.

CEAPA)

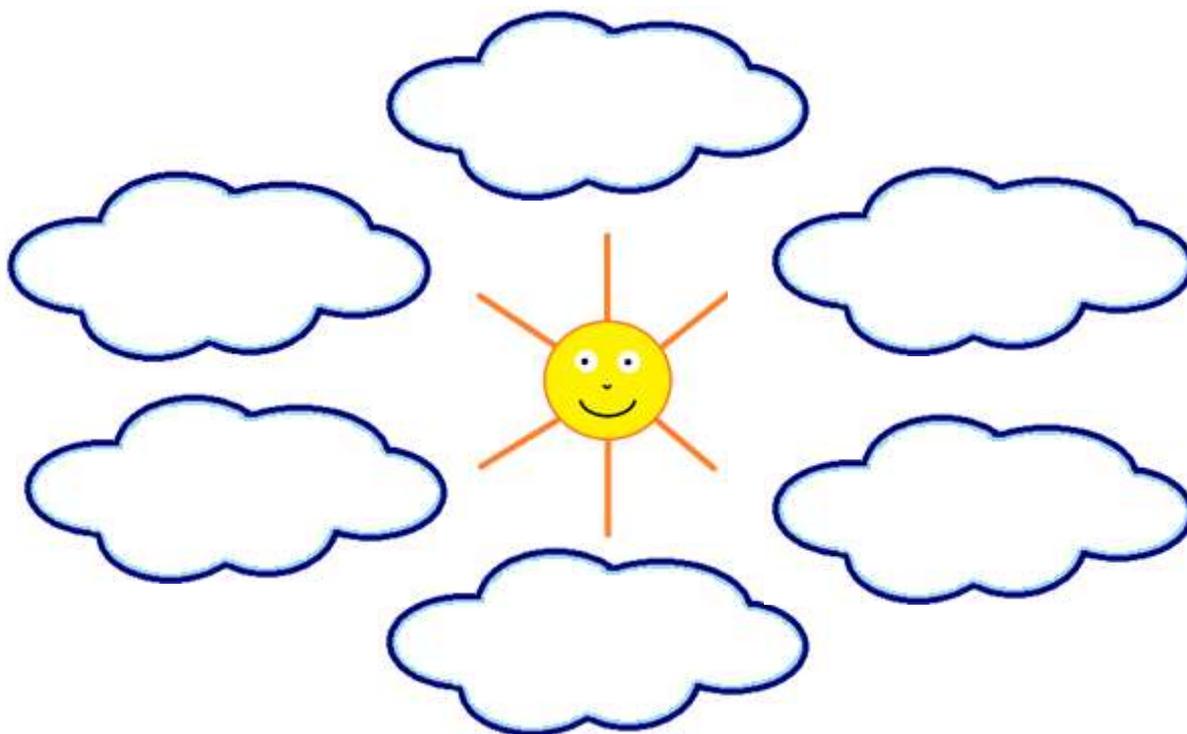
FICHA 27: “PROPONIENDO METAS” → (Objetivos: d)

Sentirse bien es importante para alcanzar las metas que nos proponemos. ¿Qué meta te gustaría alcanzar a ti de aquí en tres días? Fija un objetivo y escríbelo en el cartel verde. Tu profe de AL te ayudará a establecer unos pasos para conseguirlo que deberás escribir en cada paso de la escalera. ¡A POR ELLO!



FICHA 28: "SOY ASÍ Y ESTOY ORGULLOSO" → (Objetivos: b, d)

Rellena cada nube con una cualidad positiva que tengas. Después, haz un dibujo de cómo te ves.



APÉNDICE 9 - FICHAS DEL BLOQUE 5

FICHA 29: “EL LENGUAJE CORPORAL Y LAS HABILIDADES CONVERSACIONALES” → (Objetivos: a)

¿Sabías que el lenguaje no solo es lo que decimos? Pues sí, los gestos que hacemos, la mirada incluso la postura forman parte del lenguaje.

¿Qué haces tú cuando hablas? Marca con una X la frecuencia con la que realizas las acciones que se proponen a continuación:



	NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	SIEMPRE
Mantengo el contacto ocular				
Hago gestos con la cara				
Hago gestos con el cuerpo				
Mantengo cierta distancia con el otro				
Toco al otro				
Mi postura es la adecuada				
Me preocupo por mi aspecto físico				
Utilizo el volumen para expresarme				
Utilizo la velocidad para expresarme				
Utilizo la entonación para expresarme				
Me expreso con claridad				

Además, es importante tener unas habilidades cuando hablamos. ¿Qué habilidades utilizas tú cuando mantienes una conversación con alguien? Marca con una X la frecuencia con la que utilizas tú las siguientes habilidades:



	NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	SIEMPRE
Escucho lo que me están contando				
Hago como que escucho pero en realidad pienso en mis cosas				
Inicio conversaciones				
Mantengo el tema de la conversación				
Cambio de tema si lo que me están contando me aburre				
Respeto el turno del otro				
Hago preguntas si no entiendo algo				
Respondo a las preguntas que hacen				
Si no me entero de lo que me están diciendo digo a veces "sí" para parecer que me estoy enterando				
Si no me interesa le dejo hablando al otro y yo me voy				

FICHA 30: “MÍMICA” (*Ficha para el AL*) → (Objetivos: a, b)

Propón al alumno las siguientes situaciones para recrearlas a través de mímica participando con él.

- ✓ Hacer una tortilla
- ✓ Correr una carrera de vallas
- ✓ Hacer un examen muy difícil
- ✓ Enseñar un problema en la pizarra como un profesor
- ✓ Hacer de peluquero
- ✓ Ducharse
- ✓ Hacer de secretario/a en una oficina
- ✓ Hacer una jugada de baloncesto y finalizarla marcando un triple
- ✓ Hacer una entrevista a alguien (como los reporteros de la televisión)
- ✓ Jugar al tenis
- ✓ Recrear desde que se levanta hasta que llega al colegio
- ✓ Hacer de camarero
- ✓ Hacer de modelo mientras te toman fotografías
- ✓ Pasear a un perro
- ✓ Tocar en una banda musical
- ✓ Hacer de malabarista
- ✓ Abrir un regalo
- ✓ Hablar por teléfono
- ✓ Jugar al ajedrez

FICHA 31: “APRENDO A RELACIONARME” → (Objetivos: a)

¿Qué haces cuando hablas con otras personas? Marca con una X la frecuencia con la que realizas las siguientes acciones:



	NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	SIEMPRE
Defiendo mis derechos				
Resuelvo los conflictos que surgen				
Sé negociar				
Opino sobre el tema que estamos tratando				
Hago cumplidos a la otra persona				
Si no estoy de acuerdo me quejo y doy mi opinión				
Soy capaz de ponerme en el lugar del otro				
Reconozco y acepto mis fallos				
Digo “no” a cosas que no son ciertas en vez de asentir y callarme				
Hablo en grupo				

FICHA 32: “APRENDO A MANEJAR LAS BURLAS I” → (Objetivos: e)

Haz memoria y recuerda algún momento concreto en el que alguien se metió contigo por tu forma de hablar o tu forma de ser. Señala con una X las razones por las que crees que lo hizo.

- Lo hizo para llamar la atención.....
- Porque así se cree más guay.....
- Porque siente celos de otra persona.....
- Porque es malo y disfruta haciendo daño.....
- Porque no tiene amigos y lo paga conmigo.....
- Se aburre y no sabe qué hacer.....
- Para hacerse el duro y que los mayores le vean.....
- Porque es un maleducado.....
- Porque se lo dicen otras personas.....



APÉNDICE 10 - TABLAS DE EVALUACIÓN

En este apéndice quedan recogidas las cinco tablas de evaluación diseñadas para ser completadas tras la finalización de cada uno de los bloques que han sido tratados durante la intervención.

Asimismo, existe un apartado destinado a la valoración final sobre la consecución final de los objetivos del bloque.

1. BLOQUE 1: “CONTROL DEL HABLA”

A. TABLA DE ÍTEMS

	NC	EP	C
Pone en práctica las habilidades observacionales para detectar errores de habla			
Detecta errores de habla propios y ajenos			
Identifica las causas por las que comete errores de habla			
Identifica movimientos asociados al habla y el esfuerzo en diferentes partes del cuerpo			
Localiza los movimientos asociados al habla y el esfuerzo en diferentes partes del cuerpo			
Ha aprendido las diferentes estrategias de habla para reducir los errores de habla			
Pone en práctica el patrón de habla alternativo (técnica del habla fácil) en la lectura en voz alta			
Pone en práctica el patrón de habla alternativo (técnica del habla fácil) cuando responde preguntas			
Pone en práctica el patrón de habla alternativo (técnica del habla fácil) cuando narra sucesos			
Es capaz de valorar los avances que ha hecho			

NC = no conseguido; EP = en proceso; C = conseguido

B. VALORACIÓN FINAL

La consecución de los objetivos propuestos ha sido: Nula Parcial Total

2. BLOQUE 2: “CONTROL DE LA ANSIEDAD”

A. TABLA DE ÍTEMS

	NC	EP	C
Ha adquirido las técnicas de relajación necesarias para reducir el nivel de ansiedad			
Pone en práctica las técnicas de relajación que ha aprendido			
Identifica las sensaciones físicas de nerviosismo			
Valora y se hace consciente de las sensaciones físicas de nerviosismo			
Identifica respuestas de escape que lleva a cabo para evitar determinadas situaciones			
Ha adquirido las diversas técnicas de actuación para afrontar situaciones que antes evitaba			
Se enfrenta a situaciones que antes evitaba por temor			

NC = no conseguido; EP = en proceso; C = conseguido

B. VALORACIÓN FINAL

La consecución de los objetivos propuestos ha sido: Nula Parcial Total

3. BLOQUE 3: “CONTROL DEL PENSAMIENTO”

A. TABLA DE ÍTEMS

	NC	EP	C
Identifica los pensamientos negativos asociados a su dificultad de habla			
Identifica los pensamientos negativos asociados a su conducta y falta de atención.			
Expresa pensamientos propios a través de terceras personas			
Es capaz de hacer valoraciones positivas sobre los avances que va consiguiendo			
Ha adquirido las estrategias necesarias para controlar los pensamientos negativos			
Es capaz de controlar los pensamientos negativos mediante las estrategias aprendidas			
Ha adquirido las estrategias necesarias para cambiar sus pensamientos negativos a positivos			
Es capaz de transformar los pensamientos negativos en positivos con las estrategias aprendidas			

NC = no conseguido; EP = en proceso; C = conseguido

B. VALORACIÓN FINAL

La consecución de los objetivos propuestos ha sido: Nula Parcial Total

4. BLOQUE 4: “INTELIGENCIA EMOCIONAL”

A. TABLA DE ÍTEMS

	NC	EP	C
Comprende la relación que existe entre los pensamientos y las emociones			
Diferencia diferentes emociones			
Es capaz de identificar emociones que ya han sido vividas por él			
Identifica emociones ajenas a través de una historia/cuento			
Es capaz de identificar características positivas de una situación determinada			
Reconoce sus propias características positivas			
Es capaz de expresar cómo se siente en un momento determinado			
Ha mejorado el nivel de su autoestima			

NC = no conseguido; EP = en proceso; C = conseguido

B. VALORACIÓN FINAL

La consecución de los objetivos propuestos ha sido: Nula Parcial Total

APÉNDICE 11 - HOJAS DE REGISTRO ANECDÓTICO

A continuación se encuentran las hojas de registro anecdótico que hemos realizado. Hay tres modelos siendo el primero de ellos para las sesiones en las que llevan a cabo cuatro actividades y, el segundo para las sesiones que se componen de tres actividades. El tercero está destinado para la elaboración de un pequeño informe parcial con los aspectos que el AL considere más destacables tras la finalización de cada uno de los bloques de intervención.

Hay que tener en cuenta que tan solo hemos añadido una hoja por cada modelo, pero serían necesarias varias para recoger toda la información que se va obteniendo con el desarrollo de la propuesta de intervención. Estas hojas son fotocopiables.

SESIÓN N°:

FECHA:

ACTIVIDAD 1

ACTIVIDAD 2

ACTIVIDAD 3

ACTIVIDAD 4

SESIÓN N°:

FECHA:

ACTIVIDAD 1

ACTIVIDAD 2

ACTIVIDAD 3
