

PLAN DE FORMACIÓN VOLUNTARIADO CURSO 2025-2026



Índice	Página
Descripción de la Entidad.....	1
Misión de la Entidad.....	1
La importancia del voluntariado en el proyecto.....	2
Formación.....	2
Contenido de la formación.....	3
1. ¿Qué es el TDAH?	3
• Situación actual y definición	3
• Tipos.....	4
• Efectos y consecuencias.....	5
• Barreras.....	6
• Falsas creencias.....	7
• ¿Existe o no existe el TDAH?.....	8
• Historia e hitos.....	9
2. Características del TDAH en primaria y secundaria.....	10
3. Disforia en TDAH.....	14
4. La Función Ejecutiva.....	16
5. ¿Prevenir es solucionar?.....	18
• Leyes que gobiernan el aprendizaje.....	18
• Cómo prevenir problemas de comportamiento.....	19
6. Técnicas de modificación de conducta.....	20
7. Tratamiento.....	36

Descripción de la entidad

Entidad	
Nombre	Centro de Apoyo Infantil Esperanza de Triana
CIF	G91763748
Dirección	C/ Pagés del Corro Nº 130, 41010, Sevilla
Teléfono	954 34 06 20
Correo electrónico	caiesperanzadetriana@gmail.com

Misión de la entidad

El Centro de Apoyo Infantil Esperanza de Triana nace como obra social en el XXV Aniversario de la Coronación Pontificia de la Virgen, siendo un proyecto de la Asociación Benéfico Asistencial de la misma hermandad. Los fines de dicho centro son:

1. Ofrecer apoyo económico, social y actividades terapéuticas para niños¹ con TDAH y sus familias, ofreciendo becas para cubrir el coste de las terapias, financiando económicamente a las familias más vulnerables.
2. En relación a las necesidades de los menores diagnosticados de TDAH y de sus familias, dar apoyo y asesoramiento ante la situación de desconocimiento y desesperación que viven con sus hijos/as, colaborando con ellos para que estos dispongan de las mismas oportunidades a nivel social y académico.
3. Abordar sus causas y manifestaciones clínicas, así como estrategias de intervención y consejos prácticos para los padres, con personal altamente cualificado, puesto que esto

¹ En este plan de formación haremos un uso genérico del masculino en algunas ocasiones para referirnos a ambos sexos, en base a su condición de término no marcado. De esta forma, respetaremos el principio de economía del lenguaje, evitando repeticiones que dificulten la lectura y comprensión del texto, sin intención discriminatoria alguna. (Asociación de Academias de la Lengua Española y Real Academia Española, 2009).

requiere de un amplio conocimiento sobre su sintomatología y cómo afecta a su comportamiento, al aprendizaje y a sus relaciones sociales.

La importancia del voluntariado en el proyecto

El voluntariado es de gran relevancia para este proyecto, pues su participación es crucial para el desarrollo de muchas de las actividades que se realizan desde el centro. Dos de sus principales funciones son: fomentar la conciencia social en relación al diagnóstico de TDAH y ayudar a los menores a regular su comportamiento y a un mejor conocimiento de sí mismos. Lo más positivo del voluntariado es que beneficia tanto a quienes lo practican, como a los beneficiarios de sus acciones. Comprometidos con nuestro proyecto y nuestros valores, los voluntarios del centro comparten las condiciones, esfuerzos y dificultades a las que se enfrentan los niños con TDAH, trabajando por una igualdad de condiciones de aprendizaje y ayudando a sensibilizar a la sociedad en relación a un trastorno cuya prevalencia ha aumentado en las últimas décadas, especialmente en niños y adolescentes.

Formación

La formación se llevará a cabo en el Centro de Apoyo Infantil Esperanza de Triana situado en la calle Pagés del Corro número 130 (41010, Sevilla). Esta se realizará de dos formas:

1. Contenido teórico: se llevará a cabo en 7 sesiones presenciales en formato grupal y de una duración de 2h lectivas, donde se impartirán los 7 bloques temáticos relacionados con el TDAH (descritos en apartado siguiente). Estas formaciones se realizaran a lo largo de del curso, en concreto de octubre a junio.

2. Contenido práctico: se realizará asistiendo a una sesión grupal semanal de 1h de duración, del mes de octubre a junio. En estas sesiones se trabajarán con los menores aspectos relacionados, con habilidades sociales, comunicación asertiva, empatía, regulación emocional, resolución de conflictos y juego sano. Entre el voluntario y el terapeuta se llegará a un acuerdo en relación al horario en función de las sesiones ya establecidas, dentro del horario de 16:30h a 20:30h de lunes a jueves. Será obligatoria la asistencia a un 80% de las sesiones para su reconocimiento, tanto por parte del Centro (certificado expedido por el Centro de Apoyo Infantil) y del SARUS (certificado expedido por la Universidad de Sevilla de 25h y equivalente a 1 crédito ECTS).

Contenido de la formación

El contenido formativo que se impartirá a los voluntarios está dividido en los siguientes 7 bloques temáticos:

1. BLOQUE 1. ¿Qué es el TDAH?

Situación actual y definición

El TDAH o Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es un trastorno del neurodesarrollo, crónico, sintomáticamente evolutivo y los estudios familiares demuestran que su heredabilidad es del 75%. Según la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH, s.f.) es el trastorno del neurodesarrollo crónico de mayor prevalencia en la niñez, manteniéndose en la adultez hasta en un 50% de los casos. A su vez, es considerado uno de los trastornos psiquiátricos infantiles diagnosticados con mayor frecuencia, siendo su prevalencia a nivel mundial entre el 3% y el 5%, y entre el 6% y el 7% en la población española.

Se caracteriza por una dificultad para mantener la atención voluntaria frente a actividades, tanto académicas como cotidianas y está unido a la falta de control de impulsos (DSM-5, 2013). Este trastorno del neurodesarrollo comprende un patrón persistente de conductas de desatención, hiperactividad e impulsividad, aunque en clínicamente se comprueba que hay patrones en los que solo predomina uno de ellos. Es importante remarcar que existe una alta probabilidad de comorbilidad con trastornos del lenguaje, dislexia, trastornos o problemas de conducta, trastornos del aprendizaje, ansiedad, depresión, trastornos del espectro autista (TEA), trastornos de personalidad, entre otros.

Además puede presentar síntomas asociados tales como: la inestabilidad emocional y baja tolerancia a la frustración. Esta sintomatología puede interferir de forma significativa en el rendimiento escolar o laboral, en sus actividades cotidianas y en su capacidad de ajuste psicosocial en relaciones familiares y con iguales.

El diagnóstico de TDAH está sobrediagnosticado, mal diagnosticado e infradiagnosticado. Los dos primeros son debidos a que son escasos los profesionales especializados formados en este trastorno que evalúen de forma individualizada y que le dediquen el tiempo suficiente, provocando falsos positivos. El infradiagnóstico es debido a que el subtipo inatento, mayoritariamente en niñas, es más difícil de detectar y eso hace que pase desapercibido.

Tipos

El DSM-V clasifica el TDAH en tres presentaciones: **1) Combinada:** incluye síntomas de inatención e hiperactividad-impulsividad (la más común y se da mayoritariamente en niños), mientras que las otras dos se enfocan en uno u otro tipo de síntomas, **2) Con predominio de los síntomas de falta de atención** (más común en niñas) y **3) Con predominio de los síntomas**

de hiperactividad e impulsividad. Este trastorno del neurodesarrollo comprende un patrón persistente de las siguientes conductas:

1. **IMPULSIVIDAD:** responde antes de finalizar la pregunta, dificultades para esperar turnos e interrumpe-inmiscuye con otros.
2. **HIPERACTIVIDAD:** nervioso, incapaz de permanecer sentado, muy activo, presenta dificultades para participar en actividades de ocio y habla en exceso.
3. **INATENCIÓN:** descuidos errores en las tareas y en las actividades, dificultades para mantener la atención sostenida, parece no escuchar, no sigue las instrucciones, no termina las tareas, dificultades en la organización, evita tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido, pierde las cosas, se distrae con facilidad y es olvidadizo.

Efectos y consecuencias

Es un proceso crónico, que evoluciona desde la infancia, donde los síntomas más significativos son: dificultades cognitivas, académicas, conductuales, emocionales, familiares y sociales. Puede estar asociado a una discapacidad, especialmente en casos de mayor gravedad o cuando afecta significativamente la vida diaria de la persona.

Respecto a la comorbilidad, los problemas asociados al TDAH más relevantes son los trastornos de conducta, sobre todo el trastorno negativista desafiante, dificultades de aprendizaje (especialmente en matemáticas y lectoescritura) y trastornos emocionales (en la niñez suelen mostrarse a través de baja autoestima, irritabilidad, falta de energía, somatizaciones y problemas de sueño; en cambio en la adolescencia pueden manifestarse a través de irritabilidad, desmotivación o conductas violentas). Los casos con peor pronóstico son personas que presentan un CI bajo, familias con un nivel socioeconómico bajo y falta de estabilidad emocional, siendo un factor de riesgo evolutivo para la persona que lo padece y para su entorno.

Es una de las NEAE (Necesidades Específicas de Apoyo Educativo) más atendidas en el ámbito escolar y una de las principales preocupaciones familiares, sociales y educativas, y se asocia a relaciones familiares conflictivas. Este trastorno ha ido en aumento en los últimos años, agravándose con la pandemia, debido a la sobreexposición a pantallas y la falta de estructuración educativa.

Se ha convertido en una de las demandas más habituales en Atención Primaria y uno de los principales motivos de derivación a Servicios Especializados de Salud Mental. Las dos terceras partes de esta población presentarán dificultades educativas, laborales, sociales y de regulación emocional, siendo la primera causa de fracaso escolar en el siglo XXI según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Barreras

A pesar de las evidencias científicas, hay profesionales que no creen en el trastorno, por ese motivo, se puede llegar a no actuar y a no tratarlo adecuadamente. Actualmente las siguientes barreras y dificultades más significativas son:

- Baja concienciación social sobre el trastorno.
- Falta de formación en los agentes educativos y sanitarios.
- Desconocimiento de las vías a seguir en el proceso diagnóstico.

El diagnóstico debe realizarlo un profesional con entrenamiento y experiencia en TDAH y en España estos profesionales son psiquiatras, neuropediatras, neurólogos y psicólogos (sanitarios, clínicos o neuropsicólogos). En el ámbito educativo: EOE y docentes. Es más importante que haya interés, motivación, formación y experiencia en TDAH, que la especialidad a la que pertenezca el profesional. A la hora de diagnosticar son escasos los profesionales especializados formados en este trastorno que evalúen de forma individualizada y que le dediquen el tiempo suficiente.

Falsas creencias

Existen numerosos mitos y falsas creencias sobre el TDAH debido a una combinación de factores, incluyendo la falta de información y la influencia de estereotipos sociales. Los más comunes son los siguientes:

- El trastorno es culpa de los padres/madres: el TDAH no es debido a la crianza, sino una condición médica con causas genéticas y factores ambientales que influyen en su desarrollo.
- Es una enfermedad inventada: esto se debe a que no existe evidencia científica sobre la causa biológica del trastorno, la variabilidad de los síntomas y la dificultad para realizar un diagnóstico preciso.
- Es una enfermedad que está de moda: la primera referencia histórica del TDAH data de 1775 y la hizo Melchior Adam Weikard, que era un médico alemán que escribió la primera descripción en un libro de texto sobre un trastorno con las características del TDAH.
- Estos niños son menos inteligentes: el TDAH no afecta la inteligencia general, aunque puede afectar la capacidad para concentrarse y seguir instrucciones.
- No se debe usar medicación porque produce adicción: esto se basa en la naturaleza estimulante de algunos de los fármacos que se prescriben para el TDAH, en realidad, estos medicamentos cuando se utilizan como se prescribe, no causan adicción.

- La medicación para el TDH no es segura, porque no hay estudios que lo demuestren: es segura debido a que estos medicamentos se han prescrito durante más de 40 años y hay muchas investigaciones que demuestran su seguridad.
- Son niños que no paran quietos y que no atienden en clase: hay un porcentaje de la población TDAH que no tiene sintomatología hiperactiva-impulsiva (mayoritariamente son niñas), a su vez, hay otra que no tiene problemas de atención (subtipo con predominio de hiperactividad-impulsividad).
- Hacen las cosas mal porque son vagos: el TDAH puede afectar el rendimiento escolar, eso no quiere decir que lo sea vago, sin embargo, con frecuencia, no cumplen con lo que quiere la familia y maestros.
- Los adultos no pueden tener TDAH y solo afecta a niños: aunque suele diagnosticarse en la infancia, los síntomas del TDAH pueden persistir en la edad adulta.
- Tiene cura y desaparece con el tiempo: algunos síntomas pueden disminuir o cambiar a medida que los niños crecen, pero el TDAH es un trastorno crónico y no desaparece por sí solo.
- El TDAH se puede "curar" con disciplina o castigos: el TDAH no es un problema de comportamiento, sino un trastorno que requiere un tratamiento integral, incluyendo terapia y, en algunos casos, medicación.

¿Existe o no existe el TDAH?

- El TDAH es un trastorno que es cuestionado constantemente y también su existencia.
- Solemos escuchar con asiduidad que “el TDAH no existe”, “que es un invento reciente”, “que lo han inventado los médicos y psicólogos”, etcétera.
- Algunos sectores de la sociedad aun presentan dudas al respecto y esto genera retrasos en la concienciación de la sociedad sobre el trastorno.

- La falta de concienciación sobre el trastorno y la falta especialización, provoca que a muchos niños/as se les intervenga tarde o que no se les trate nunca.
- El TDAH mantiene dividida a la comunidad científica. La corriente en contra argumenta que no hay evidencia científica en torno al "diagnóstico" (no a "su existencia") y que las herramientas no son fiables para su diagnóstico.
- El tratamiento farmacológico es puesto en duda en relación a su eficacia y seguridad.
- Hay una falta considerable de preparación en los profesionales de la salud y también de recursos.
- En el caso de la SALUD MENTAL, media hora de consulta al mes no es suficiente para determinar un buen diagnóstico, ni para realizar un buen tratamiento y seguir su evolución.

Historia e hitos

- La primera descripción del trastorno fue en el año de 1775, por el médico alemán Melchior Adam Weikard, por lo tanto, se comenzó a describir hace más de dos siglos.
- Un trastorno que presentaba síntomas similares al TDAH apareció por primera vez en el "Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la APA" (DSM) en 1968, donde se consideraba "la reacción hiperkinética de la infancia" el principal síntoma de hiperactividad.
- En 2010 el Ministerio de Educación convocó becas para los alumnos con TDAH, estas becas, conocidas como becas de Apoyo Educativo a Alumnos con Necesidades Educativas Especiales (NEAE), están destinadas a cubrir gastos como matrícula, material escolar, transporte, comedor, residencia, reeducación pedagógica o del lenguaje y otros apoyos específicos.

- La Ley Orgánica de Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE), aprobada en noviembre 2013, incluye el TDAH dentro del alumnado con necesidades educativas especiales (NEAE) debido a dificultades específicas de aprendizaje. Esto significa que los estudiantes con TDAH tienen derecho a recibir atención y apoyo educativo específicos para ayudarles a alcanzar sus objetivos.
- En 2015 se aprobó por unanimidad una moción para homogenizar y protocolizar la atención sanitaria de los pacientes con TDAH e implantar protocolos de actuación en el ámbito educativo que permita su detección y tratamiento.

2. BLOQUE 2. Características del TDAH en primaria y secundaria

Introducción

En numerosas ocasiones los chicos con TDAH son catalogados como niños y/o adolescentes “molestos”, niños y/o adolescentes que no hacen nada y un sinnúmero de apelativos negativos, que ni la familia ni ellos mismos pueden asumir o cambiar a un pensamiento positivo, para sufrir lo menos posible. Expondremos las características o los síntomas del trastorno que más implicación tienen en un chico con TDAH en primaria y en secundaria.

DESARROLLO EVOLUTIVO EN ETAPA ESCOLAR: PRIMARIA Y SECUNDARIA

A lo largo de la escolaridad, los niños van evolucionando, van pasando por las diferentes etapas con más o menos altibajos tanto académicos como emocionales o sociales. A todos estos cambios el adulto tiene que estar alerta para servir de ayuda y guía en todo ese proceso de aprendizaje. De este modo a continuación se exponen las características evolutivas de los niños con TDAH, tanto de la etapa primaria, como de la secundaria; para que de este modo podamos entender que lo que a priori nos parezca una mala conducta sólo se ajusta a las características evolutivas de la edad en la que se encuentra nuestro chico.

CARACTERÍSTICAS MÁS COMUNES DE CHICOS CON TDAH EN

PRIMARIA

Un niño con TDAH con frecuencia muestra algunas de las siguientes características:

- Dificultad para prestar atención.
- Falta de atención hacia los detalles y comete errores por ser descuidado.
- Se distrae fácilmente.
- Pierde los materiales escolares y se olvida de entregarlos.
- Tiene dificultad para terminar los trabajos escolares.
- Dificultad para escuchar.
- Dificultad para llevar a cabo varias órdenes a la vez.
- Deja escapar las contestaciones cuando no se le pregunta.
- Impaciencia.
- Es inquieto o se agita.
- Deja su asiento y corre o trepa de manera excesiva.
- Parece que siempre tiene que estar haciendo algo.
- Habla demasiado y tiene dificultad para jugar tranquilo.
- Interrumpe o se entromete en la conversación o juegos de otros.

ADOLESCENCIA CON Y SIN TDAH

1.- Cambios biológicos de la pubertad: los cambios hormonales propios de la adolescencia pueden asociarse con las características neuroquímicas propias de los adolescentes con TDAH, apareciendo en las adolescentes trastornos pre-menstruales, cambios abruptos de estados de ánimo, irritabilidad e hiperreactividad.

2.- Desarrollo del pensamiento lógico- formal: es posible que persistan por más tiempo que en otros adolescentes, demoras en el juicio, falta de persistencia, aún insuficiente autoconciencia y “miras cortas” en la resolución de problemas.

3.- Desarrollo socio emocional: autonomía: el adolescente con TDAH enfrenta nuevos desafíos: que puede no estar en condiciones de afrontar, la frustración subsiguiente provocará mayores conductas disruptivas (TDAH-C) y/o aumentará el aislamiento y el ensimismamiento (TDAH-I) y síntomas de ansiedad.

ASPECTOS ESPECIALES DEL TDAH EN ADOLESCENTES

El cuadro clínico en adolescentes tiende a incluir inquietud más que hiperactividad grosera, aunque el nerviosismo y levantarse del asiento en clase suelen estar presentes. Los desajustes de los adolescentes incluyen inatención, pobre control de los impulsos, pobres habilidades de organización, dificultades para elegir y mantener prioridades, y escasas estrategias en resolución de problemas, resultando un menor rendimiento escolar, baja autoestima, escasas relaciones con iguales, y rendimiento errático en tareas. Las oportunidades de realizar conductas impulsivas peligrosas y de poca capacidad de juicio aumentan con la edad, debido a la mayor influencia de los pares y la menor supervisión de los adultos. Los niños con TC o TOD comórbidos son los de mayor riesgo. Algunos datos presentan una tendencia en adolescentes con TDAH hacia mayores tasas de suicidio, intentos de suicidio y muertes accidentales.

CARACTERÍSTICAS MÁS COMUNES DE CHICOS CON TDAH EN SECUNDARIA

Áreas de conflicto relevantes:

- Déficit en la resolución de problemas.
- Déficit de comunicación.

- Distorsiones cognitivas.
 - Problemas propios de la estructura familiar.
 - Falta de comprensión de la familia para resolver problemas a través de un proceso de mutua aceptación de la definición del problema.
 - Dificultades de pensamiento lateral (es un método de pensamiento que se emplea como técnica para la resolución de problemas de manera imaginativa).
 - Dificultades en la evaluación de soluciones previas y la negociación.
 - Déficit de planificación tienden a extender las discusiones.
 - Déficit de comunicación y en la capacidad de diálogo.
 - Estilo de comunicación acusatorio, defensivo o sarcástico.
 - Dificultades para abordar los problemas en relación a la edad.
 - Expectativas catastróficas e irrealistas de los padres sobre temas propios de la edad: autonomía, iniciación sexual, consumo de drogas, etc.
 - Se entiende la adolescencia es como enfermedad temporal que produce un trato irrespetuoso.
 - Diferencias en las escalas de valores entre padres y adolescentes.
 - Modificación en la estructura jerárquica familiar.
 - Sobre involucramiento de un miembro de la estructura familiar y excesiva distancia del otro.

Conclusiones

- Las imágenes cerebrales han mostrado que los síntomas del TDAH están asociados con una serie de anomalías en el desarrollo y en el funcionamiento de algunas zonas del cerebro.
- Los retrasos en el desarrollo en chicos con TDAH ocurren en partes del sistema de autocontrol del cerebro, en concreto en el Córtex prefrontal (CPF).

- Como algunas partes de su cerebro se desarrollan más lentamente, las conductas inmadurez, irreflexivas e impulsivas en los adolescentes con TDAH se corresponden a un estado de inmadurez cerebral más acusado que el resto de adolescentes de su edad, como consecuencia de la inmadurez neurobiológica propia del TDAH.
- Los síntomas del TDAH pueden cambiar conforme los niños/as van creciendo, pero el TDAH es una condición de por vida.
- Los investigadores apuntan a que todavía no hemos llegado al punto en que los escáneres cerebrales se puedan usar para diagnosticar el TDAH.
- En la edad adulta, estas estructuras cerebrales tienden a ser similares en tamaño a las de los adultos sin TDAH, pero esto no significa que el TDAH desaparezca después de la adolescencia.

3. BLOQUE 3. Disforia en TDAH

Introducción

La DISFORIA es un intenso dolor emocional que el niño desencadena al recibir algún tipo de comentario, crítica, burla, rechazo, regaño-corrección o sensación de pérdida del apoyo, cariño o respeto de otra persona. Este fenómeno es muy frecuente en niños con TDAH, ya que, son muy sensibles a lo que otros piensan. Sentirse rechazado afecta con más intensidad a los niños con TDAH. Este término describe y explica esas reacciones intensas al rechazo que no desaparecen con facilidad (“tardan en recuperarse”).

Causas

- 1) Los niños con TDAH presentan dificultades a la hora de gestionar sus emociones y en la Función Ejecutiva, lo cual provoca FALTA DE AUTOCONTROL y BAJA FLEXIBILIDAD COGNITIVA. Además, presentan cierta incapacidad para pensar de

MANERA RACIONAL debido a su inmadurez, por ello, sus pensamientos y emociones son más intensos, esto desemboca en que presenten:

1. Cambios de humor, lo cuales son comunes y más frecuentes de lo normal.
 2. Sobreexcitación emocional.
 3. Baja autoestima.
 4. Hiperactividad motora-mental.
- 2) Presentan alteraciones en las conexiones que se dan ente la CORTEZA PREFRONTAL y en la AMÍGDALA, las cuales están relacionadas con la regulación de las emociones. Lo cual, provoca esa DESREGULACIÓN EMOCIONAL y que vivan las emociones con más intensidad de lo normal.
- 3) Los niños con TDAH han vivido y sufrido infinidad de comentarios feos a lo largo de su trayectoria, ocasionados por sus despistes, travesuras, exceso de movimiento y exceso de habla, rotura de objetos, incumplimiento de las normas, malas contestaciones, rabietas, etcétera, por ello, se han sensibilizado en exceso al RECHAZO EXTERNO.

Resultado

- 1) Se les hace sentir como malas personas, poco valiosos o como un fracasado ante cualquier mínimo gesto de desprecio.
- 2) Se sienten muy atacados y enojados ante cualquier leve comentario de corrección o crítica.
- 3) Se sienten muy tristes y angustiados, por el miedo que sienten a ser juzgados por otros.
- 4) Se vuelven muy dependientes, por ende, intentan complacer a otros para evitar el rechazo.

¿Qué podemos hacer?

- 1) Validar siempre lo que siente, ayudándolo a que lo exprese hacia FUERA: ESCRIBIENDO o DIBUJANDO cada pensamiento o sentimiento para evitar ese bucle de NEGATIVIDAD mental y emocional (baja autoestima) que aumenta en intensidad.

- 2) BUSCAR momentos valiosos en su día a día donde se haya sentido muy VALIOSO, ORGULLOSO, ÚNICO, ESPECIAL y anotar esos momentos (dibujarlos) y también, a las personas que te dan ese APOYO, esa CONFIANZA y esa SEGURIDAD.
- 3) AYUDAR a cambiar el foco de atención, buscando objetos a su alrededor de color intenso e ir dibujándolos.

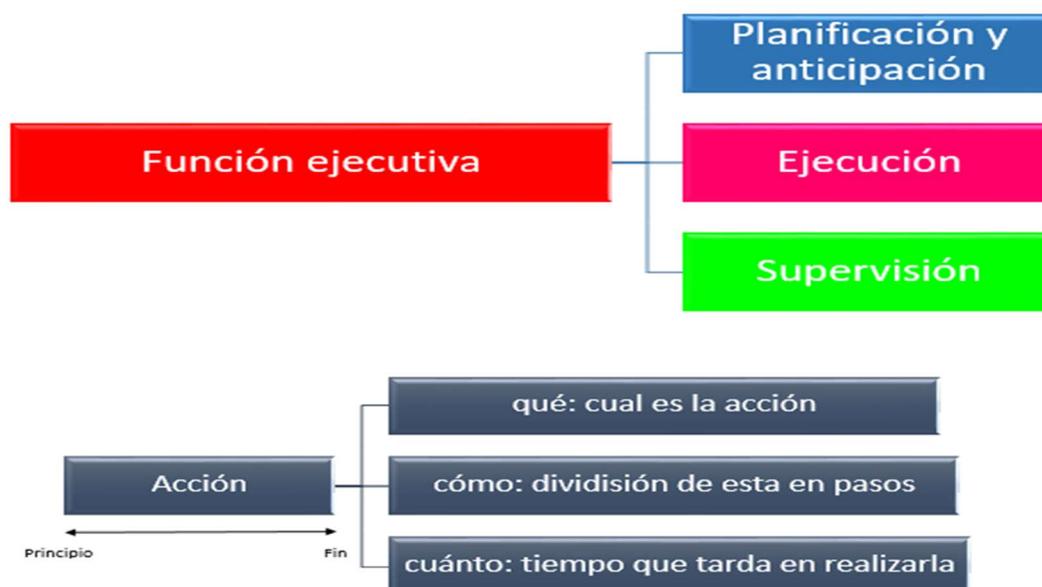
4. BLOQUE 4. La Función Ejecutiva

Introducción

Veamos a qué nos referimos cuando hablamos de déficit en la función ejecutiva de los niños. Hablamos de desorganización, de falta de planificación, de pérdida de los pasos a seguir, de falta de previsión y estructura, lo que es lo mismo, que el niño vaya al baño con la intención de lavarse las manos y únicamente se las seque, que al plantear un problema de mates no sea capaz de darle “forma” y no siga unos pasos que le lleven a resolverlo. Otro ejemplo más, que no sepa organizar su agenda: ej. ¿Qué hago primero? ¿Y después? ¡Vaya caos! ¿No os parece?

En este documento queremos compartir con vosotros este tema, profundizar acerca del mismo y daros una información que si bien responde al marco teórico, os servirá para saber algo más de nuestra labor profesional.

La función ejecutiva es un conjunto de habilidades cognitivas que permiten la anticipación y el establecimiento de metas, el diseño de planes y programas, el inicio de las actividades y de las operaciones mentales, la autorregulación y la monitorización de las tareas, la selección precisa de los comportamientos y las conductas, la flexibilidad en el trabajo cognoscitivo y su organización en el tiempo y en el espacio.



Se presume que la función ejecutiva es una actividad propia de los lóbulos frontales. El período de mayor desarrollo de la función ejecutiva sucede entre los seis y los ocho años. En estos años los niños adquieren la capacidad de autorregular sus comportamientos y conductas, pueden fijarse metas y anticiparse a los eventos, sin depender de las instrucciones externas, aunque cierto grado de descontrol e impulsividad aún estén presentes. Esta capacidad cognoscitiva está claramente ligada al desarrollo de la función reguladora del lenguaje (lenguaje interior) y a la aparición del nivel de las operaciones lógicas formales.

Por lo general, los niños de 12 años ya tienen una organización cognoscitiva muy cercana a la que se observa en los adultos; sin embargo, el desarrollo completo de la función se consigue alrededor de los 16 años. Veamos cuales son los síntomas a observar:

1. Impulsividad: el niño es incapaz de posponer una respuesta, aunque tenga una instrucción verbal específica: “no lo hagas”.
2. Inatención: el niño se muestra inestable, distraído e incapaz de terminar una tarea sin control ambiental externo.

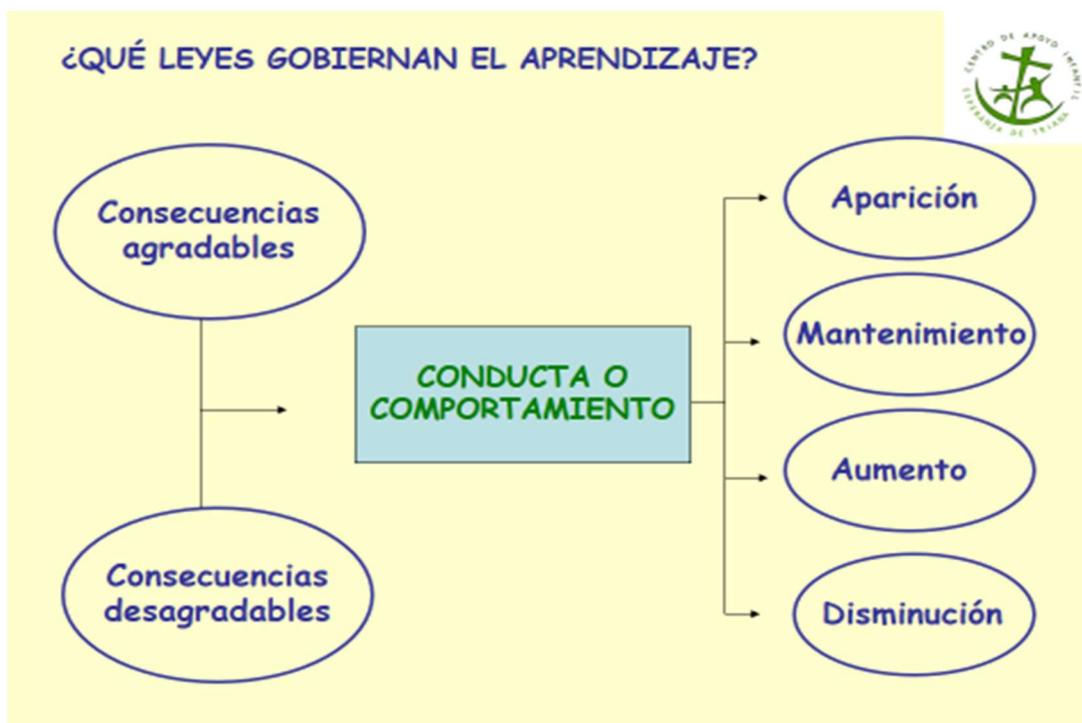
3. Dependencia ambiental: va ligado a los dos anteriores e indica una falta de planeación, programación y autorregulación comportamental.
4. Perseverancia patológica y la inercia comportamental: indica una falta de flexibilidad en la autorregulación de los comportamientos y las conductas.
5. La alteración en la metacognición: el niño es incapaz de evaluar conceptual y objetivamente las cosas que hace o dice. No hay capacidad para sopesar una situación o un evento y atribuir de manera justa las causas del éxito o el fracaso de la acción a los elementos externos o a las decisiones y acciones propias.

5. BLOQUE 5. ¿Prevenir es solucionar?

Prevenir situaciones conflictivas es crucial para la salud mental y el bienestar de los niños con TDAH, ya que les ayuda a reducir la frustración y la angustia, y a mejorar su comportamiento. En lugar de reaccionar a los problemas cuando ya se presentan, se pueden tomar medidas preventivas para crear un entorno más seguro y predecible para ellos.

Leyes que gobiernan el aprendizaje

Las leyes del aprendizaje son principios que explican cómo las personas aprenden. Son reglas generales sobre cómo se asocian estímulos, se refuerzan comportamientos y se adquieren nuevos conocimientos. La primera y la más importante de las leyes es la **motivación**, esta es crucial para el aprendizaje de los niños con TDAH, porque influye en su interés, participación y desarrollo integral, especialmente cuando enfrentan dificultades para concentrarse, organizar y perseverar en las tareas.



Cómo prevenir problemas de comportamiento

Para prevenir problemas de comportamiento en niños con TDAH, es fundamental crear un entorno estructurado y predecible, con rutinas claras y expectativas realistas. También es importante fomentar la comunicación positiva, destacar los comportamientos positivos y evitar castigos, enfocándose en la motivación y el apoyo.

- **ORDEN Y RUTINA:**
 - Todo tiene su lugar y todo tiene su momento.
 - Emplear sistemas analógicos de representación.
 - Ayudarle a regular el ritmo del día.
 - Anticiparle a situaciones conflictivas.
- **CUIDAR EL SUEÑO Y LA ALIMENTACIÓN:**

- Establecer rutinas.
- Limitar la estimulación antes de dormir.
- Promover una dieta saludable.
- ENTORNO ESTIMULANTE Y FOMENTAR ACTIVIDADES CONJUNTAS:
 - Organizar el espacio.
 - Reducir distracciones.
 - Elegir actividades que fomenten la concentración y la socialización.
- ATENCIÓN POSITIVA:
 - Manifestación explícita de afecto y cariño.
 - Asistencia instrumental y atención a las necesidades.
 - Elogiar, esperar lo mejor y confiar en él.
 - Compartir intereses.
 - Comunicación positiva: escuchar, hablar, poner énfasis en las alternativas, utilizar el humor, etcétera.
 - Preguntarnos el porqué de sus conductas.
 - Ser empáticos.

6. BLOQUE 6. Técnicas de modificación de conducta

Introducción

Si bien para algunos de vosotros, este documento no será más que un recordatorio de los contenidos que tratamos a lo largo de dos de los cursos que se impartieron en los dos primeros años de formación en nuestro Centro, para otros de vosotros, esta información es nueva, aunque no desconocida. Las técnicas de modificación de conducta las empleamos en nuestro Centro cada día, y los profesores en los Centros Escolares, e incluso vosotros en casa,

con o sin nuestra supervisión, porque son algo mucho más cercano de lo que muchos podamos plantearnos en un principio.

Antes de repasar las distintas técnicas que podemos emplear, debemos definir algunos conceptos, que nos van a resultar imprescindibles para desarrollar estos contenidos.

Comenzaremos definiendo la *Modificación de Conducta* como un conjunto de técnicas que se emplean de un modo sistemático, es decir, siempre de la misma forma, encaminadas a producir cambios en la conducta o comportamiento de un sujeto. Estos cambios pueden consistir en:

- Hacer aparecer un nuevo comportamiento o conducta
- Mantener, estabilizar o modificar un comportamiento que ya existía en el repertorio de la persona
- Eliminar o disminuir un determinado comportamiento o conducta

Tanto si queremos cambiar una conducta inadecuada como enseñar algo nuevo, lo primero que deberemos hacer es identificarla lo más objetivamente posible. Para ello, debemos definirla en términos concretos, que dejen el mínimo espacio a la interpretación libre, es decir, debemos identificarla de forma clara, para que pueda ser observada (medida y registrada, si fuera necesario) por personas diferentes sin necesidad de hacer suposiciones y/o valoraciones subjetivas.

En términos generales, podremos analizar cualquier conducta del siguiente modo:

Estímulo ▼ Conducta ▼ Consecuencia

Los *estímulos*, también llamados estímulos antecedentes o discriminativos son aquellos acontecimientos que ocurren inmediatamente antes de la conducta, y que suelen mediar su aparición o desaparición. Estos estímulos pueden ser tanto internos de la persona, como

externos a ella, y serán muy importantes para conocer cómo se produce y desarrolla un determinado comportamiento.

La *conducta o comportamiento* es la cadena de actos o pensamientos que nosotros pretendemos modificar, hacer aparecer, desaparecer, etc. Como hemos indicado anteriormente, debemos definirla con la mayor precisión posible.

Las *consecuencias* son las repercusiones que el comportamiento o conducta va a tener en el propio entorno, en la propia persona o en los demás. El manejo de las consecuencias es la principal herramienta de la que se sirve la modificación de conducta porque el principio básico de las técnicas que empleamos es que una conducta depende de las consecuencias que se obtengan de ella. Utilizamos el medio, nuestro comportamiento, para obtener consecuencias positivas, agradables y para evitar consecuencias negativas o desagradables. Repetiremos aquellas conductas que van seguidas de un premio o recompensa y no repetiremos las que no proporcionan consecuencias agradables.

Como conclusión, cualquier intento de eliminar o disminuir un comportamiento que simultáneamente no premie una conducta incompatible, será un fracaso. Por ello, conocer la relación que existe entre la conducta y sus consecuencias, tipos de consecuencias y cómo usarlas es fundamental para garantizar una enseñanza eficaz.

Todos conocemos que las consecuencias pueden ser positivas o negativas. Las consecuencias positivas son aquellas que aplicadas inmediatamente después de una conducta producen un aumento en la frecuencia de ésta. En el lenguaje que solemos emplear a diario, nos referimos a ellas en muchas ocasiones como *refuerzos o reforzadores*, ya que como la misma palabra indica, refuerzan la aparición de la conducta a la que siguen. También nos referimos a ellos coloquialmente como *premios*.

Los reforzadores pueden ser a su vez de tres tipos:

- Materiales: juegos, chuches, regalos,...
- Sociales: atención, alabanzas, elogios, sonrisas, abrazos,...
- De actividad: salidas en familia, comidas especiales, participación en deportes,...

En general, no es conveniente emplear con demasiada frecuencia los refuerzos materiales para evitar que se conviertan en un estímulo en vez de en una consecuencia, dado que además, los refuerzos de actividad y sobre todo, los sociales, son igual o más efectivos que los materiales.

Las consecuencias negativas son aquellas que aplicadas inmediatamente después de una conducta concreta disminuyen o eliminan la emisión de esa conducta. Esas consecuencias (pérdida de atención, retirada de juguetes favoritos, “no ir a la piscina —que le encanta—”, “no ir al cine”, etc.) deben siempre aplicarse en primer lugar, y recurrir al castigo solo y exclusivamente en situaciones imprescindibles.

1. PROCEDIMIENTOS PARA ADQUIRIR O AUMENTAR LA FRECUENCIA DE LA CONDUCTA

Cuando tratamos de hacer aparecer o reforzar la frecuencia de aparición de un comportamiento determinado, para no producir efectos que no deseamos, no debemos caer en el error de aplicar consecuencias gratificantes de forma arbitraria, sino sólo y tan sólo a aquellas conductas “buenas”, adaptadas y cuya frecuencia queramos aumentar. Luego, cuando hayamos logrado que la conducta que buscábamos se de con una frecuencia suficiente, deberemos conseguir que se siga dando, incluso en condiciones distintas a las de su adquisición (proceso conocido como *generalización*). Tendremos que hacer que las recompensas o premios sean lo más naturales posibles, intentando acercar la forma de administrarlas a la forma en que las recibe el niño de un modo natural.

Para trabajar en la adquisición o aumento de la frecuencia de aparición de una conducta, podemos servirnos de distintas técnicas:

1.1. Refuerzo positivo

Este procedimiento consiste en presentar una consecuencia positiva (una recompensa o premio) inmediatamente después de la emisión de la conducta determinada, y esto aumentará la probabilidad de que dicha conducta se presente en el futuro.

Se utiliza cuando queremos desarrollar una nueva habilidad, aumentar la frecuencia de una conducta o cuando el refuerzo de esa conducta disminuye la aparición de una conducta incompatible no deseada, aspecto esencial en algunos procesos como comentábamos en la introducción.

Para que este procedimiento funcione, la recompensa tiene que estar en relación con el comportamiento, ser contingente a éste (ha de ser inmediato tras la aparición del comportamiento) y siempre ha de ir acompañado de la especificación de la contingencia (explicación, sobre todo a los niños, de por qué aparece esa recompensa) sumando a esto el refuerzo social (alabanzas, sonrisas, abrazos,...). Así mismo, deben ser cognitiva y emocionalmente apropiados para la persona, y evitar caer en el error de “saciar” al niño con la recompensa.

1.2. Refuerzo negativo

Consiste en la desaparición de un objeto o hecho desagradable que antecede a la respuesta que nos interesa; como consecuencia de dicha desaparición aumenta la frecuencia de la conducta deseada. La respuesta que buscamos es el medio que hace que se retire dicho objeto u hecho, es decir, desaparece como consecuencia de la conducta. En lugar de hacer aparecer una consecuencia positiva (Refuerzo Positivo), desaparece un hecho u objeto desagradable (Refuerzo Negativo).

1.3. Aproximaciones sucesivas

Este procedimiento consiste en reforzar diferencialmente las respuestas cada vez más parecidas a la respuesta final deseada, y someter a extinción (técnica que veremos más adelante y que hace disminuir o desaparecer conductas) las que van quedando más alejadas. Se utiliza cuando la conducta deseada no figura en el repertorio de la persona y por tanto debe ser enseñada “por pasos”.

En la aplicación de esta técnica, es imprescindible definir de la manera más precisa posible la conducta final que queremos conseguir; una vez hecho esto, elegiremos una conducta que la persona ya posea y que tenga alguna semejanza con la conducta objetivo y la reforzaremos consistentemente (la premiaremos siempre que aparezca). Después iremos restringiendo la amplitud de esa conducta, de modo que reforzaremos las formas cada vez más parecidas a la conducta objetivo/deseada.

Por ejemplo, queremos conseguir que Pilar permanezca un minuto en la “piscina de bolas”. Esa conducta no existe en Laura y habrá que “moldearla” mediante aproximaciones sucesivas. Lo primero que haremos es reforzar cualquier movimiento de aproximación a la piscina; luego, cuando se acerque a una determinada distancia (por ejemplo un metro) y no cuando la distancia aumente. El paso siguiente consistirá en reforzarla cuando permanezca, aunque sea de forma breve, en el borde de la piscina. A continuación, sólo cuando permanezca sentada en el borde de la piscina con los pies dentro. Después sólo aplicaremos reforzamiento cuando permanezca dentro, aunque sea durante breves instantes. Paulatinamente haremos que el tiempo de permanencia sea mayor.

1.4. Modelado

Consiste en dar a la persona la oportunidad de observar en otra persona significativa para él la conducta nueva que se desea conseguir. El observador debe copiar la conducta que le presenta el modelo inmediatamente o tras un intervalo de tiempo muy breve.

Este procedimiento se usa en la adquisición de nuevas conductas, eliminación de respuestas inadecuadas a través de la observación de la conducta apropiada, y como forma de suprimir miedos o fobias.

Es mucho más efectiva cuando el modelo observado es una persona importante o de valor emocional para el sujeto que intenta aprender la nueva conducta.

1.5. Encadenamiento

Consiste en recompensar a la persona tras la realización de una serie de conductas engarzadas unas con otras, formando una cadena natural de actividades.

Este procedimiento puede utilizarse para adquirir nuevas habilidades (descomponiendo esa conducta en pasos, que se enseñarán mejor si empezamos por el último de la cadena, y no al revés como ocurría en la técnica de aproximaciones sucesivas) o para ensamblar conductas que el niño ya posee en su repertorio para formar cadenas y conseguir así que esas conductas se mantengan de forma natural (como procedimiento para mantener la conducta).

Por ejemplo, podemos hacer que la merienda se convierta en el último eslabón de la conducta (por lo tanto en recompensa o premio) si primero el niño deja las cosas del colegio en su cuarto y después se pone las zapatillas de estar en casa y se lava las manos.

2. PROCEDIMIENTOS PARA MANTENER LA CONDUCTA

Cuando la conducta recién adquirida o que se daba con poca frecuencia alcanza unos niveles aceptables y está estabilizada deberemos pasar de un programa de reforzamiento continuo (reforzar cada vez que ocurra la conducta) a uno de reforzamiento intermitente

(reforzar de vez en cuando). Este cambio ha de hacerse lenta y gradualmente para no provocar que la persona deje de responder a la conducta que ya se estaba estabilizando.

Los procedimientos que hacen que las conductas se mantengan por tiempo indefinido una vez adquiridas y sin necesidad de que las reforcemos continuamente son el reforzamiento intermitente y el encadenamiento. Estos procedimientos hacen que las recompensas y premios sean lo más naturales posibles.

2.1. Reforzamiento intermitente

Consiste en presentar el reforzador de manera no continua, es decir, que no se refuerza la conducta todas y cada una de las veces que aparece, sino solamente algunas de ellas.

Para llevar a cabo esta técnica podemos utilizar como criterio tanto el número de respuestas dadas (de razón o número), como el tiempo transcurrido desde el último premio (de intervalo). El paso del reforzamiento continuo de la conducta al intermitente debe ser gradual, para evitar que la persona deje de responder.

Los dos tipos de reforzamiento intermitente pueden aplicarse según un criterio fijo o un criterio variable. Tendremos así cuatro opciones de aplicación:

a) Reforzamiento intermitente de razón o número fijo de respuestas. La recompensa se da cuando la persona cumple con un criterio fijo establecido de antemano: cada tres respuestas, o cada cinco, etc. Por ejemplo, cada diez sumas bien hechas una partida en el ordenador.

b) Reforzamiento intermitente de razón o número variable de respuestas. La recompensa se administra según valores que varían de una vez a otra en base a un promedio. Por ejemplo, echar dinero en las tragaperras. El que juega se ve recompensado cada vez que juega un número de veces a las máquinas, pero este número de veces no es siempre el mismo (no siempre se obtiene el refuerzo o premio cada 5 partidas, sino que una vez será a la 5ª partida, la siguiente será a la 11ª, etc.)

Es recomendable utilizar este tipo de programas, especialmente los de tipo variable, cuando se desea que la persona emita una conducta con mucha frecuencia ya que provoca una forma constante de aparición de la conducta.

c) Reforzamiento intermitente de intervalo fijo de respuestas. La recompensa se administra pasado un tiempo fijo establecido de antemano: cada minuto, o cada minuto cuarenta y cinco segundos, etc. (ej. exámenes cada trimestre: la conducta de estudio es muy baja al principio y aumenta según uno se va acercando a la fecha de exámenes, pero una vez hecho esto, la conducta de estudio disminuye o incluso desaparece durante una temporada.)

d) Reforzamiento intermitente de intervalo variable de respuestas. La recompensa se administra según valores de tiempo que varían de una recompensa a otra.

2.2. Encadenamiento

Como esta técnica ya se ha explicado en el apartado 1.5, no nos parece necesario volver a incluirla aquí.

3. PROCEDIMIENTOS PARA REDUCIR O ELIMINAR LA CONDUCTA

3.1. Extinción

Este procedimiento debe ser aplicado a cualquier conducta que queramos reducir o eliminar. Para ello, es necesario identificar el reforzador, la consecuencia que lo mantiene, y suprimirla para que la conducta desaparezca gradualmente, dejando, así, de dar la recompensa que mantiene la conducta a extinguir. La desaparición del reforzamiento debe ser completa; no se debe administrar *nunca* para esa conducta (si no estaríamos recompensando de “forma intermitente”, que como hemos visto antes es un procedimiento para mantener la estabilidad de una conducta). Además, será más efectiva cuando se preste atención positiva (se administren consecuencias positivas) a otras conductas alternativas a las que queremos eliminar.

Cuando se utiliza éste método, al principio se produce un aumento momentáneo de la conducta que precisamente se quiere eliminar. Hay que esperar a que pase este aumento inicial de frecuencia para observar la disminución gradual típica de la extinción. Por ejemplo, cuando llega una visita Alfonso hace “tonterías” y sus padres le dicen: “Estate quieto”, “Es que no paras ni un momento”, “Deja de hacer tonterías”, etc., proporcionándole recompensas de atención que hacen que la conducta de “hacer tonterías” aumente. Bastará con suprimir la atención que los padres prestan a ese comportamiento (y por el contrario prestarle atención a conductas contrarias positivas) para que Alfonso reduzca de forma gradual el comportamiento indeseable.

3.2. Reforzamiento de conductas incompatibles

Es un método complementario a cualquier intento de eliminar una conducta problemática y por tanto, a cualquier técnica que empleemos para ello. Se basa en la administración de recompensas de forma continua (reforzamiento positivo) a aquellas conductas que son incompatibles con la que se quiere suprimir y en no aplicar ningún tipo de consecuencia a la conducta que se quiere eliminar, ignorándola (extinción). El aumento de la conducta alternativa incompatible conlleva una disminución de la conducta indeseable.

Por ejemplo, y siguiendo el ejemplo anterior, hacer caso a Alfonso en el momento en que esté distraído jugando, o haya esperado a que no haya nadie hablando para tomar la palabra.

Con esta técnica, indicamos al niño qué queremos que haga, facilitando el establecimiento de comportamientos más adecuados de una manera más sencilla que simplemente indicando qué no debe hacer sin guiarlo respecto a qué debe hacer en sustitución del comportamiento anterior.

3.3. Aislamiento o tiempo fuera

Es un procedimiento que puede ser de gran utilidad cuando no podemos retirar el reforzador que mantiene la conducta (necesario en la extinción). Lo que se hace es sacar a la persona de la situación en la que se encuentre cuando realiza la conducta que deseamos suprimir.

Puede hacerse dejándole en su cuarto y llevándose de la habitación todo el material, juguetes, etc., poniendo al niño de cara a la pared, en “el rincón de los aburridos” o llevándole a un cuarto especial.

La primera vez que se aplique se dejará claro que hasta que no cese la conducta no se dejara de “aislarle”.

Antes de aplicar el aislamiento conviene dar una señal o aviso para intentar que sólo la aclaración verbal tenga poder de controlar la conducta problemática que deseamos eliminar. Por ejemplo, si el niño tira arena a sus amigos, la madre dice ¡eso no se hace! o ¡no sé tira arena! y le sienta un rato a su lado. Durante ese tiempo no se le dirige la palabra al niño, ni se le echa la bronca durante y después del periodo de aislamiento. Luego se da opción a seguir jugando.

El tiempo de aislamiento será aproximadamente de un minuto por cada año de edad, siendo útil hasta los 15 años. Demasiado tiempo da opción a buscar otras actividades, y debemos asegurarnos que no obtiene distracciones ya que funcionarían como recompensas. Si en una semana el procedimiento de aislamiento no da resultado será mejor cambiar de procedimiento.

3.4. Control de estímulos

Si un estímulo está siempre presente cuando se refuerza una respuesta (y ausente cuando no se refuerza) la conducta en cuestión se emite con mayor probabilidad ante dicho estímulo que en cualquier otra situación. Aunque en un principio sean estímulos neutrales, como

consecuencia del hecho de estar presentes siempre que una conducta es reforzada, adquieren determinado control sobre ella. Por esto, alterando los antecedentes o estímulos que controlan las condiciones, podemos eliminar la conducta. La conducta problema puede ser cambiada asociando estímulos (antecedentes) con recompensas no deseadas.

Por ejemplo, si un niño charla continuamente con el compañero que tiene a su lado, el profesor generalmente cambia al niño de sitio. Cambiando el sitio, el profesor cambia los estímulos del contexto (en este caso la proximidad) en el que la charla (conducta que se quiere evitar) tiene lugar. La dificultad del procedimiento de cambio de estímulos es que tiene un corto efecto a la hora de reducir conductas no deseadas.

3.5. Costo de respuesta o castigo negativo

Esta técnica consiste en quitar, como consecuencia de la conducta, algo que gusta (algún reforzador disponible). Se llama también castigo negativo porque se suprime algo que le gusta al sujeto, pero no hace uso de estimulación aversiva o negativa para la persona.

Por ejemplo, ante un niño/a que suele ver la televisión después de cenar siempre que se comporte adecuadamente en la mesa y coma, el castigo negativo para el/ella sería no ver la televisión si no cena adecuadamente.

3.6. Práctica positiva

Este método consiste en hacer que la persona practique, durante periodos de tiempo determinados, conductas físicamente incompatibles con la conducta o comportamiento inapropiado. No se mejora, sino que se ejecuta el comportamiento adecuado. Este procedimiento tiene efectos rápidos y de paso enseña conductas aceptables a los niños.

Por ejemplo, Pedro entra dando un portazo: “Sal y cierra despacio”.

Es importante que utilicemos siempre una clave verbal previa (una advertencia del tipo “no” “recuerda” en tono claro y firme) que pueda servirnos posteriormente para ser usada como

forma de control sin necesidad de recurrir continuamente a la práctica positiva en la que se tiene que ejecutar la conducta.

3.7. Saciedad

Con este procedimiento conseguimos suprimir una conducta basándonos en la utilización del propio reforzador que la mantiene. Si aumentamos de forma considerable la administración de reforzamiento hacemos que el reforzador pierda su valor como tal. De hecho, el exigir la realización continuada de una actividad en principio agradable puede convertirla en desagradable.

Cuando se decida utilizar este procedimiento ha de tenerse claro que la conducta problemática que se quiere eliminar la usamos como recompensa (y sólo como tal) de otras actividades. Al igual que un reforzador que se presenta con mucha frecuencia y en grandes cantidades produce saciedad, (cansa y pierde su eficacia en el mantenimiento de la conducta), si consideramos la conducta problemática como una posible recompensa y la usamos sistemáticamente como tal, conseguiremos que el niño se canse de ella, es decir, deje de realizar la conducta problemática.

Por ejemplo, un niño que sólo quiere comer patatas fritas. Que sólo coma eso para desayunar, comer, merendar y cenar. La conducta en sí misma (comer patatas fritas) se vuelve desagradable al aumentar su presencia en exceso.

3.8. Castigo

Consiste en aplicar una consecuencia desagradable a una conducta. El castigo debe ser usado sólo y exclusivamente cuando otros procedimientos no hayan funcionado o cuando la propia vida del niño esté en peligro y ello pueda evitarse recurriendo al castigo.

Tal es el caso de las conductas de autoagresión y heteroagresión.

El castigo es efectivo porque reduce o elimina rápidamente la conducta indeseable. Sin embargo, existen muchas razones para evitarlo: sólo funciona cuando está presente la persona que castiga, puede provocar agresividad hacia otros (personas o cosas) y no se puede establecer una relación adecuada entre castigador y castigado puesto que este último tiende a escapar del primero, etc. Para que sea efectivo han de cumplirse al menos los siguientes requisitos:

- Ha de aplicarse inmediatamente después de la conducta problemática (contingencia, a la que ya nos hemos referido anteriormente).
- Debe ir precedido de una señal (un tono verbal, un gesto, etc.) que más adelante pueda impedir por sí sola la aparición de la conducta indeseada.
- Ha de aplicarse de forma continua para la conducta que se pretende eliminar (da mejores resultados con conductas que ocurren muy a menudo).
- -Debe reducir efectivamente la conducta indeseado (si utilizamos un azote, estamos utilizando un azote, no unas caricias).

Siempre deben premiarse las conductas alternativas capaces de sustituir a la conducta problemática que estamos castigando. Cuando se decida aplicar el castigo como procedimiento de reducción o eliminación de conductas, ha de emplearse con absoluta calma y retirando otros posibles reforzadores que existiesen en el momento de aplicar el castigo.

4. OTRAS TÉCNICAS

4.1. Economía de fichas

Es un caso especial de la aplicación del refuerzo y de la extinción. En vez de utilizar los premios o reforzadores directamente, se emplean fichas que después se intercambiarán por una variedad de actividades agradables y reforzadores materiales. Los premios (bien materiales o

de actividad) sólo podrán obtenerse a través de fichas y, si es necesario, las conductas indeseables se eliminan empleando la técnica de la pérdida de las mismas.

Es importante que en todo el proceso de la elaboración de la economía de fichas, el niño participe activamente en el proceso siendo los reforzadores y el número de fichas determinadas para obtenerlo un acuerdo entre ambas partes (niño/a y padres)

Sus ventajas son claras: evita el problema de la saciación, no interrumpe la conducta (para aplicar el reforzador) y enseña autocontrol (espera para conseguir el reforzamiento).

Implica varios pasos:

1. La definición específica y clara de los objetivos.
2. Elección de diversos incentivos o premios a los que se podrá acceder mediante la realización de conductas específicas, y fijación de “precios en fichas” para cada uno de ellos.
3. Uso y cambio “monetario” de las fichas como incentivo.

Deberemos tener en cuenta que:

- Las fichas deben administrarse una vez realizada la conducta, y con la mayor inmediatez posible (contingencia), para que no pierdan su valor reforzante.
- El tipo de fichas (puntos, estrellas...) dependerá de las características del individuo.
- La persona ha de poder elegir entre diversos premios para intercambiar.
- Debe mantenerse un equilibrio entre las fichas que se ganan y las que se gastan. Si no es así, a la persona le costará demasiado y se dará por vencida, o por el contrario, le costará tan poco que puede llegar a saciarse con el reforzador.
- El precio de los premios debe estar ajustado a la frecuencia de su consumo, a las preferencias de la persona y a su coste económico. También se tendrá en cuenta la numeración que la persona conozca.

• Es conveniente fijar cuándo se van a hacer los intercambios y estipular un sistema de ahorro (todos los días puedo obtener pequeños reforzadores y ahorrar para conseguir un refuerzo mayor).

Por ejemplo, María se hace siempre la remolona para ir al colegio, no siempre hace los deberes y no ayuda en casa.

Precio intercambio Conductas objetivo (puntos/fichas/estrellas...)

Sentarse a desayunar ya arreglada a las 8:40h.	55
Dejar las cosas del desayuno en el lavaplatos.....	15
Hacer la cama antes de ir al colegio.....	25
Salir a las 9:00 al colegio.....	45
Hacer los deberes.....	60
TOTAL.....	200

PUNTOS POSIBLES: diario = 200

AHORRO OBLIGATORIO: diario = 75; semanal = 250; mensual = 200

GASTO POSIBLE: diario = 125; semanal = 150

Diario: chicle = 10

Tele: 1 hora= 35 / 2 horas= 70

Música: 1 hora= 35 / 2 horas= 70

Semanal: salir el sábado a los scout = 200

3 meses = 600 a elegir uno entre: pendientes, anillo, CD, parque de atracciones

6 meses = 1.200 a elegir entre camiseta = 995, pantalón= 1.000, Fin de semana de excursión

4.2. Contratos conductuales

Los contratos tienen el valor al quedar por escrito las consecuencias positivas que supone el adquirir la meta propuesta.

Deben incluir:

1. Descripción clara y detallada de la conducta en cuestión. De modo positivo (para que de la sensación de que cumpliéndolo se avanza y sin que induzca al miedo al castigo).
2. Determinación de los criterios para saber cuándo una conducta se da por conseguida (forma, frecuencia...). También hay que fijar la duración máxima del contrato. Debe incluir condiciones aceptables en las que se mantenga un equilibrio entre las exigencias y la recompensa.
3. Especificación de los reforzadores (premios) que se conseguirán a medio y largo plazo (fijados en fechas, días concretos).
4. Acuerdo sobre las consecuencias negativas en caso de que las condiciones no se cumplan.
5. Acuerdo sobre “premios especiales” cuando se consigan los mínimos exigidos por el contrato.
6. Acuerdo del método de control sobre la conducta de quien hace el registro.
7. Buscar que pase el menor tiempo posible entre la conducta acordada y las consecuencias de éste (contingencia).

Al igual que en la técnica anterior, es importante que los niños sean participantes activos de este contrato conductual

Ejemplo:

Yo, _ , mediante este contrato me comprometo a realizar las siguientes actividades:

Estas actividades las evaluaré a través de una hoja de autorregistro (que rellenaré todos los días a las _ con _), donde aparecerán los siguientes datos:

* Actividad

* Día de ejecución

* Lugar de realización

* Resultado

Por cada objetivo (actividad) marcado que realice, me gratificaré con y de la siguiente manera:

Este contrato tiene vigencia hasta indefinida, hasta que decida cambiarlo, si bien las actividades propuestas, así como las formas de gratificarme, serán revisadas semanalmente.

_ a _ de _ de _

_ (firmas)

7. BLOQUE 7. Tratamiento

Introducción

El tratamiento del TDAH generalmente involucra una combinación de enfoques, incluyendo medicamentos, psicoterapia y, en algunos casos, intervenciones educativas y de capacitación para padres o cuidadores. La detección precoz de los síntomas resulta primordial para un correcto tratamiento del TDAH y evitar comorbilidades futuras.

Anomalías corticales en el TDAH

La base neuronal del trastorno reside principalmente en las alteraciones anatómicas y funcionales de los circuitos frontoestriatales. Los resultados de los estudios neuroanatómicos confirman lo siguiente:

- Sutiles reducciones (3-5%) en el volumen total del cerebro y el cerebelo en niños con TDAH.
- Reducción en la medida del volumen de las regiones de los núcleos caudados de las regiones subcorticales.

- Reducción del volumen de las regiones frontales derechas, sobretodo en niños y principalmente en la sustancia blanca de las regiones corticales.
- Reducción de las áreas callosas anteriores, una región donde los axones interhemisféricos conectan las regiones prefrontales a través de los hemisferios derecho e izquierdo.
- Déficits de sustancia gris en el córtex frontal y el núcleo caudado.
- Reducción del 3% del volumen cerebral total en adolescentes con TDAH.
- Reducción del volumen de las regiones frontales, parietales, temporales y occipitales en todos los pacientes.
- Disfunción del córtex prefrontal.
- Reducción del metabolismo en el lóbulo frontal en adultos con TDAH, durante una tarea de atención auditiva muestran un descenso del flujo sanguíneo regional en el córtex prefrontal dorsolateral izquierdo y una inversión de la asimetría prefrontal.
- No se han detectado efectos de los fármacos en el volumen regional y no hay influencia significativa del sexo.
- Las anomalías morfológicas en este trastorno son, evidentemente, tempranas y no son progresivas.

Bases neurobiológicas del TDAH

- Disfunción del Sistema Ejecutivo.
- Disfunción frontoestriada:
 - En regiones prefrontales.
 - En los núcleos de la base.
 - Subregión del vermis cerebeloso.

Evaluación

La evaluación del TDAH requiere de tiempo y dedicación. No existe la prueba del TDAH y no se puede administrar una única prueba, para confirmar si realmente el menor lo tiene o no. Este trastorno se evalúa y se suele diagnosticar mediante un juicio clínico, ya que tenemos que valorar cómo y cuánto influye la manifestación de los síntomas sobre el día a día del niño. El problema que tenemos hoy en día es que estamos diagnosticando el TDAH en base a los síntomas que presenta el niño. Por este motivo es imprescindible que no se diagnostique este trastorno solamente en base a la expresión o manifestación de sus síntomas.

En la evaluación del TDAH, es fundamental la utilización de métodos y fuentes de información diversas, lo que se conoce como evaluación multimétodo y multinformante. Esto implica la recopilación de datos a través de diferentes técnicas y de diversas fuentes, como entrevistas, escalas de valoración, pruebas neuropsicológicas, observaciones conductuales y pruebas neurocognitivas, además de obtener información de padres, profesores y el propio individuo. En cualquier caso, cuando existe sospecha de TDAH, es muy importante realizar:

- Un buen diagnóstico precoz.
- Detectar comorbilidades asociadas.
- Una intervención psicopedagógica y psicológica que potencie las capacidades del niño o el adolescente, que le ayude a compensar sus déficits, al mismo tiempo que lo motive para que por sí mismo pueda potenciar sus capacidades intelectuales, físicas, emocionales y sociales.
- En aquellos casos en los que sea necesario, realizar un tratamiento farmacológico adecuado, bajo vigilancia médica.

Tratamiento

El tratamiento debe ser llevado por un equipo multidisciplinar: psiquiatras infantiles, neuropediatras, pediatras, psicólogos, profesores, pedagogos y familiares. Por ello, el tratamiento del TDAH puede ser:

1. Psicopedagógico y psicológico.
2. En aquellos casos en que sea necesario, farmacológico o ambos.

Tratamiento Farmacológico

El tratamiento farmacológico puede incluir los siguientes medicamentos, los cuales son los más utilizados para el tratamiento del TDAH:

- **Estimulantes:** estos medicamentos se llaman estimulantes porque aumentan los niveles de dopamina y norepinefrina. Estas dos sustancias químicas tienen efectos importantes sobre la capacidad de pensar y prestar atención.
- **No estimulantes:** se prescriben en los casos en los que los estimulantes no funcionan o provocan efectos secundarios desagradables. Estos medicamentos que aumentan los niveles de noradrenalina, tardan más en hacer efecto que los estimulantes, pero pueden ayudar a mejorar la capacidad de concentración, atención, impulsividad y control de los impulsos. A veces, se pueden recetar junto con un estimulante para mejorar su eficacia.
- **Antidepresivos:** en Estados Unidos no están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para el tratamiento del TDAH, pero a algunas personas les ayudan a controlar los síntomas del TDAH. Pueden ser recetados cuando los estimulantes dan efectos secundarios. Las personas con TDAH a menudo tienen depresión, ansiedad u otros trastornos del estado de ánimo y en estos casos se puede recetar un antidepresivo junto con un estimulante.

Dentro de los medicamentos estimulantes el **metilfenidato** es el tratamiento farmacológico de elección para el TDAH, que es un fármaco anfetamínico que actúa

bloqueando el transportador de la dopamina, el mecanismo principal de eliminación de dopamina del espacio sináptico. Ello produce un aumento de la dopamina extracelular, que se cree que es responsable de la mejora de los síntomas del TDAH. En algunos casos, se pueden también utilizar **antidepresivos** y otros **medicamentos no estimulantes**. Hay dos tipos de **metilfenidato**:

1. De liberación prolongada (Concerta y Medikinet).
2. De liberación inmediata (Rubifén).

Su mecanismo de acción se realiza incrementando la disponibilidad a nivel cerebral de unas sustancias llamadas catecolaminas (noradrenalina y dopamina) necesarias para muchos procesos cerebrales.

Efecto de los estimulantes a nivel conductual

Los estimulantes hacen descender la variabilidad de respuestas, aumentando la adecuación de las actuaciones, mejorando la memoria a corto plazo, el tiempo de reacción, los cálculos, la resolución de problemas en juegos con amigos y manteniendo la atención. Los niños y adolescentes responden de forma similar a los estimulantes.

En clase, los estimulantes disminuyen las interrupciones, la inquietud, el chasquido de los dedos y mejoran el comportamiento durante las tareas. En casa, mejoran la relación, el cumplimiento y la aceptación de órdenes. A nivel social, mejoran la relación con los iguales y el cumplimiento de las reglas de los juegos.

Aunque los medicamentos para el TDAH pueden ser la piedra angular del tratamiento y funcionan muy bien para muchas personas (4 de cada 5 niños con TDAH se benefician con el uso de medicamentos), para muchos de los pacientes el enfoque más efectivo combina la medicación con la educación, el entrenamiento en ciertas habilidades y la terapia psicológica.