



**Universidad  
Europea** MADRID

# Neurorrehabilitación infantil del daño cerebral adquirido

---

Programa de intervención en cognición social y  
funciones ejecutivas para menores con  
traumatismo craneoencefálico

---

Autor/a: Carmen Teresa Casares Guillén

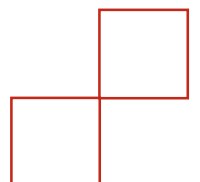
Tutor/a: Luis Alberto Cuellar Requejo  
Coordinador de TFM: Antonio Javier Ballesta García

Fecha: 10 de octubre de 2025

Nº palabras: 22487

Campus Villaviciosa de Odón  
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón  
28670 Madrid  
[universidadeuropea.com](http://universidadeuropea.com)

Campus Alcobendas  
Avenida Fernando Alonso, 8  
28108 Madrid





## **Resumen**

La neurorehabilitación infantil es una disciplina que atiende, desde un enfoque integral, los trastornos neurológicos en etapas tempranas del desarrollo. El daño cerebral adquirido en la infancia, ocasiona graves consecuencias en el desarrollo motor, cognitivo, conductual y emocional del menor, que deben atenderse de manera temprana para mitigar su impacto a medio o largo plazo, tanto a nivel escolar como social. El objetivo de la propuesta es diseñar un programa de rehabilitación de la cognición social y las funciones ejecutivas, para menores que se encuentren en la fase subaguda o crónica tras un traumatismo craneoencefálico. Para ello, se ha desarrollado un programa de 20 sesiones que se divide en dos grandes bloques, y que se basa en programas existentes con evidencia contrastada. En conclusión, se aporta un programa que sirva como apoyo en la rehabilitación neuropsicológica de estos pacientes, influyendo de manera positiva en su calidad de vida presente y futura.

## **Palabras clave**

Cognición social; daño cerebral adquirido; funciones ejecutivas; neurorehabilitación infantil; traumatismo craneoencefálico.

## **Abstract**

Pediatric neurorehabilitation is a discipline that takes a comprehensive approach to treating neurological disorders in the early stages of development. Brain damage acquired in childhood has serious consequences for the motor, cognitive, behavioral, and emotional development of the child, which must be addressed early on to mitigate its medium- and long-term impact, both academically and socially. The aim of the proposal is to design a rehabilitation program for social cognition and executive functions for children in the subacute or chronic phase after traumatic brain injury. To this end, a program of 20 sessions has been developed, divided into two main blocks and based on existing programs with proven evidence. In conclusion, it provides a program that serves as support in the neuropsychological rehabilitation of these patients, positively influencing their present and future quality of life.

## **Keywords**

Acquired brain damage; executive functions; pediatric neurorehabilitation; social cognition; traumatic brain injury.



## Índice

<b>Resumen</b> .....	2
<b>Palabras clave</b> .....	2
<b>Abstract</b> .....	2
<b>Keywords</b> .....	2
<b>1. Introducción</b> .....	5
1.1. Daño cerebral adquirido en la infancia .....	6
1.1.1. Origen y causas del daño cerebral en la infancia: el traumatismo craneoencefálico. ....	6
1.1.2. Manifestaciones cognitivas y socio-emocionales posteriores al daño cerebral.....	7
1.2. Las funciones ejecutivas.....	8
1.3. La cognición social .....	10
1.4. El papel de las funciones ejecutivas en el desarrollo de la cognición social.....	11
1.5. Implicaciones prácticas y rehabilitación .....	12
1.6. Objetivos del trabajo.....	16
<b>2. Método</b> .....	17
2.1. Participantes .....	18
2.2. Instrumentos de evaluación .....	19
2.3. Procedimiento.....	25
2.4. Resultados esperados .....	26
<b>3. Descripción del programa</b> .....	28
<b>4. Limitaciones y fortalezas</b> .....	39
<b>5. Aplicaciones futuras</b> .....	40
<b>6. Conclusiones</b> .....	41
<b>7. Referencias bibliográficas</b> .....	44
<b>8. Anexos</b> .....	51



## Índice de Tablas

Tabla 1: Fases de la atención al menor con DCA .....	13
Tabla 2: Programas preexistentes en funciones ejecutivas y cognición social.....	17
Tabla 3: Instrumentos de evaluación.....	19
Tabla 4: Criterios de evaluación del programa .....	23
Tabla 5: Bloques de contenido del programa.....	26
Tabla 6: Indicadores de evaluación.....	27
Tabla 7: Fases del programa .....	29
Tabla 8: Cronograma de aplicación.....	30
Tabla 9: Cronograma por sesiones: mes 2.....	30
Tabla 10: Cronograma por sesiones: mes 3.....	33
Tabla 11: Cronograma por sesiones: mes 4.....	34
Tabla 12: Cronograma por sesiones: mes 5.....	37
Tabla 13: Recursos y materiales.....	39

## 1. Introducción

La Neurorehabilitación Infantil es aquella disciplina que aborda, de manera integral, los trastornos neurológicos que se presentan en las etapas más tempranas del desarrollo. Para ello, fundamenta la recuperación del menor en la neuroplasticidad cerebral mediante la estimulación de los diversos niveles: cognitivo, emocional, comunicativo, motor y funcional. Esto permite facilitar su recuperación y ayuda al menor a que alcance una mayor autonomía e integración social, de acuerdo con el contexto donde se encuentra inmerso (Cano de la Cuerda y Collado, 2012).

Existe un gran número de afecciones neurológicas infantiles, provocadas por un daño cerebral y que son debidas a lesiones adquiridas tales como, un traumatismo craneoencefálico, un evento perinatal cerebrovascular, infecciones, tumores cerebrales, anoxias o hipoxias. Dichas condiciones representan un reto importante en la salud y bienestar de los niños que las padecen, afectando tanto a su desarrollo motor, como al cognitivo y socio-emocional (Muñoz et al., 2017).

Entre las principales manifestaciones cognitivas, se encuentra la disfunción ejecutiva, que es consecuencia de la lesión de áreas prefrontales e incluye dificultades en la planificación y organización, la memoria de trabajo, el razonamiento y la resolución de problemas, la flexibilidad cognitiva y el control inhibitorio, entre otras. Además, las lesiones que afectan a la corteza orbitofrontal tienen consecuencias en la personalidad, la inhibición y el razonamiento social del individuo, lo que repercute, a su vez, en la esfera socio-emocional del menor. Por tanto, la afectación del área prefrontal tiene repercusiones tanto en las funciones ejecutivas como en la cognición social, ya que las funciones ejecutivas a menudo proporcionan la base cognitiva para la comprensión y el comportamiento social, mientras que las experiencias sociales pueden moldear aún más las habilidades ejecutivas. Esta interacción es evidente a lo largo del desarrollo y en diversas condiciones clínicas, lo que destaca la importancia de apoyar ambos dominios para una adecuada rehabilitación y un desarrollo cognitivo óptimo (Schulte et al., 2022).

Aunque en los últimos años encontramos una evolución considerable en el desarrollo de estrategias terapéuticas para el tratamiento de los pacientes en la fase aguda del daño cerebral adquirido (DCA), los conocimientos sobre la evolución del diagnóstico, las secuelas cognitivo-conductuales y el tratamiento en la fase subaguda y crónica no han aumentado al mismo ritmo.

El presente Trabajo de Fin de Máster (TFM) desarrolla una estrategia de neurorehabilitación para menores con DCA infantil en fase subaguda o crónica, que presenten dificultades en sus habilidades de cognición social así como en las funciones ejecutivas. En concreto, se centrará en menores que hayan sufrido un traumatismo craneoencefálico, por tratarse del tipo de lesión más frecuente durante la infancia y adolescencia. Con este propósito, se diseñará una propuesta de intervención que pretende estudiar la efectividad y la aplicabilidad de diferentes estrategias en el marco de la rehabilitación pediátrica, a fin de

proporcionar una forma de intervención adecuada para estos pacientes, que mejore su funcionalidad y calidad de vida.

### 1.1. Daño cerebral adquirido en la infancia

El DCA infantil se define como una lesión repentina en el cerebro que provoca alteraciones en la actividad neuronal, afectando la integridad física, el metabolismo o el funcionamiento de las células cerebrales (Cámara Barrio et al., 2023). Se trata de una lesión postnatal, por lo que no tiene un origen congénito, hereditario ni degenerativo y puede afectar el desarrollo de las funciones cognitivas superiores y, por tanto, condicionar el desempeño futuro de los menores (Ryan et al., 2017). Es importante, tener en consideración que sus efectos pueden aparecer de forma tardía, dependiendo de la gravedad de la lesión, la edad del niño, sus características individuales, el entorno familiar y social, el tiempo desde el evento y la reserva cognitiva preexistente.

Según la Federación Española de Daño Cerebral (FEDACE), en sus datos extraídos de la Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia (INE, 2022), se estimó que en España residían un total de 435.400 de personas con DCA; de los cuales el 84% se debe a un accidente cerebrovascular mientras que el resto, un 16%, se debe a un traumatismo craneoencefálico u otra causa (Vara-Arias y Rodríguez-Palero, 2017). En relación a la infancia, sabemos que el DCA infantil es una de las principales causas de muerte y discapacidad en niños y adolescentes. Según los datos de FEDACE (2024), entorno a 2700 menores de 14 años tiene DCA en España.

#### 1.1.1. Origen y causas del daño cerebral en la infancia: el traumatismo craneoencefálico.

El traumatismo craneoencefálico (TCE) es la causa más frecuente de daño cerebral en la infancia y constituye un grave problema de salud pública a nivel mundial, siendo dentro del DCA, la primera causa de muerte y discapacidad en este grupo de población (47-280 por cada 100.000 niños). Supone, a su vez, la lesión más frecuente en niños con traumatismos (60-70%) y alrededor del 10% son TCE graves (Galland et al., 2024).

El TCE engloba toda aquella lesión producida por el impacto violento en el cerebro de un agente externo o por el choque del cerebro contra un obstáculo, se produce un daño en el tejido y los vasos sanguíneos cerebrales, siendo el traumatismo cerrado el más común, entre niños y adolescentes, provocando daños en las vías nerviosas por el impacto del cerebro contra el cráneo (Vara-Arias y Rodríguez-Palero, 2017). Un TCE moderado o grave, suele tener como consecuencia la aparición de un daño cerebral difuso junto a la lesión focal, que se produce como consecuencia a una lesión axonal difusa y supone un compromiso en el desarrollo de las funciones cognitivas-conductuales del menor (Junqué, 2008). El daño

cerebral difuso suele ser el responsable de la mayoría de alteraciones en atención, memoria, velocidad de procesamiento y funciones ejecutivas en los menores, marcando su futuro escolar y social a medio o largo plazo (Sans et al., 2009). En su mayoría, estas secuelas pueden pasar desapercibidas, en un primer momento, sin el adecuado seguimiento y valoración. Muchas de las alteraciones neuropsicológicas empeoran con el tiempo y emergen nuevos déficits mucho tiempo después del DCA a medida que las demandas académicas y sociales aumentan. Autores como Muscara et al. (2009), encontraron que las dificultades sociales mostradas tras una lesión grave o moderada se trasladan a la vida adulta, por ejemplo, en la resolución de problemas sociales. Sin embargo, éstas podrían aminorarse con una adecuada valoración y el establecimiento de planes personalizados de intervención, que nos permitiesen trabajar de manera coordinada con familia y escuela, mejorando el futuro de estos pacientes.

#### 1.1.2. Manifestaciones cognitivas y socio-emocionales posteriores al daño cerebral

A consecuencia del DCA, el tipo de secuelas que acontecen pueden ser variables tanto por su intensidad como por su duración, encontrando casos donde dichas secuelas son de tipo transitorio y otros en los que tienen un carácter permanente. Como se ha comentado anteriormente, en los menores se pueden presentar un conjunto de dificultades cognitivas-conductuales que comprometen su funcionamiento general. Entre las manifestaciones más comunes aparece la alteración de las áreas motora, cognitiva, comunicativa, emocional y conductual. Aunque también se pueden encontrar trastornos visuales, dificultades en la alimentación o alteraciones sensoriales (López de Arróyabe et al., 2013).

Dentro de este conjunto se observa una menor rapidez en la resolución de problemas, así como un procesamiento de la información mucho más lento del esperado según su edad. También se aprecian alteraciones en los procesos mnésicos, así como problemas en el desarrollo del lenguaje, ya que su ritmo evolutivo no es el adecuado. También son frecuentes los déficits en la atención sostenida y en la memoria de trabajo, lo cual interferirá también en el aprendizaje y en la adaptación a los contextos escolares. En lo que respecta a las funciones ejecutivas, encontramos dificultades en el juicio, en la formación de conceptos que se ciñan a su etapa evolutiva; y en procesos como el de la planificación, la automonitorización, la iniciación de la conducta y la inhibición de conductas impulsivas. A nivel emocional y social, muestran también baja empatía, dificultad en la resolución de problemas sociales (Janusz, 2002; Lewis et al., 2000), una escasa tolerancia a la frustración, cambios de humor, pérdida de las amistades, así como aislamiento en las escuelas (Cámara Barrio et al., 2023).

A medio y largo plazo, estas alteraciones desembocan en dificultades en el aprendizaje y la capacidad para relacionarse del menor (mayor aislamiento social y pérdida de habilidades sociales), que afectan negativamente en su desempeño académico, y en su grado de autonomía para la ejecución de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (Vara-Arias y Rodríguez-Palero, 2017).

Dicha repercusión puede dar lugar a déficits en el ajuste psicosocial del niño y su entorno familiar que, a su vez, suele presentar alto nivel de estrés continuado y sobrecarga por el cuidado del menor (López de Arróyabe et al., 2013; Wade et al., 2010). Si bien las dificultades físicas se suelen evidenciar desde el comienzo, los déficits cognitivos y emocionales van apareciendo a medida que el niño va creciendo, lo cual afecta a su adaptación escolar y social. A consecuencia de ello, los niños y familias con DCA se suelen preocupar de forma habitual por el bajo rendimiento escolar, el escaso control de las emociones negativas (como la ira), la escasa iniciativa, las habilidades sociales pobres, el deterioro de las relaciones con los iguales y el miedo a futuras secuelas (Prigatano y Gray, 2007).

## 1.2. Las funciones ejecutivas

Siguiendo a Portellano et al. (2009) las funciones ejecutivas (FFEE) se definen como una capacidad de los seres humanos para plantear objetivos, formular estrategias que sean adecuadas para lograr tales objetivos y ejecutar adecuadamente la conducta. Así, las FFEE constituyen un grupo de procesos neuropsicológicos que hacen posible llevar a cabo acciones orientadas a determinados objetivos y resolución de problemas, lo que requiere un control deliberado o consciente del pensamiento y de la conducta (Wade et al., 2018).

Entre sus principales componentes, según modelos como el de Miyake et al. (2000) y Anderson (2002), se encuentran: la memoria de trabajo, la flexibilidad cognitiva, la inhibición de respuestas automáticas, el procesamiento de información, el control atencional y el establecimiento de objetivos. Por otro lado, según Damasio (1998), podemos dividir las FFEE en dos tipos:

- Las *funciones frías*: que permiten la adaptación a tareas nuevas y conductas automáticas. También se relacionan con la planificación (anticipación y ensayo de secuencias complejas), la secuenciación, el razonamiento verbal, la flexibilidad cognitiva, el control inhibitorio y la resolución de problemas (Blazquez et al., 2009).
- Las *funciones calientes*: encargadas de la regulación emocional y del comportamiento social, la ToM, el análisis de consecuencias y la toma de decisiones afectivas.

Estas funciones son reguladas principalmente por la corteza prefrontal (Pineda, 2000), la cual se divide en regiones que contribuyen a diferentes procesos cognitivos relacionados, a su vez, con los aspectos sociales, emocionales y motivacionales del comportamiento. Según Lezak (1983), la corteza prefrontal se divide funcionalmente en la corteza prefrontal dorsolateral, la corteza prefrontal ventromedial, la corteza orbitofrontal y la corteza frontal medial superior. Así, Delgado-Mejía y Etchepareborda (2013) proponen entender primero el área prefrontal afectada para su correcta intervención. Según los autores, si el área afectada es la dorsolateral, el entrenamiento se centrará en aquellas funciones deterioradas como la flexibilidad cognitiva, la memoria de trabajo, el razonamiento o resolución de problemas, la planificación o

la fluencia verbal, entre otras. Cuando el área lesionada es la medial, la función afectada implicará cambios en la motivación del paciente, así como en su atención sostenida y selectiva. Por último, las lesiones en orbitofrontal implicarán dificultades en el control de la espera, la interferencia y los impulsos, el razonamiento emocional y social, así como en la regulación emocional (Jones y Graff-Radford, 2021).

Por otro lado, Miyake et al. (2000) y Anderson (2002), sostienen que las FFEE se desarrollan de forma distinta entre niños y adultos, comenzando con la capacidad atencional y evolucionando hacia habilidades más complejas como la flexibilidad cognitiva. De este modo, resulta fundamental considerar el momento del desarrollo en el que se encontraba el niño al producirse el DCA, con el fin de comprender con mayor precisión el grado de afectación de la FFEE (Kolb y Whishaw, 2015), ya que su desarrollo se trata de un proceso prolongado, que comienza en el periodo embrionario y se extiende hasta la adultez (Enseñat et al., 2015). El lóbulo frontal, sigue unas fases específicas en su desarrollo, en concreto se observan tres momentos clave de crecimiento de las conexiones frontales: entre los 1 y 5 años, entre los 5 y 10 años, y entre los 10 y 14 años, con un desarrollo que prosigue hasta los 30 o 40 años (Arnedo et al., 2015). A su vez, encontramos que cada habilidad ejecutiva tiene su propio ritmo de adquisición. En este sentido encontramos que Díaz y Guevara (2016) marcan diferentes momentos evolutivos en el desarrollo de cada habilidad, destacando que es un proceso continuado que se inicia en los primeros meses o años de vida y, se extiende, durante los años posteriores hasta la adolescencia como, por ejemplo, en el caso de la planificación, la resolución de problemas o la memoria de trabajo.

Conocer el desarrollo evolutivo de las FFEE nos puede ayudar a estimar el alcance de las lesiones tras un daño cerebral traumático. Ahora sabemos que, los componentes ejecutivos pueden verse afectados tras el traumatismo, estando condicionada la alteración a factores como la edad, el momento de la lesión y el nivel de gravedad de la lesión, encontrándose una mayor disfuncionalidad en los casos más graves (Beauchamp y Anderson, 2013) y en edades más tempranas (Ewing-Cobbs et al., 2004). En particular, se observa una mayor disfuncionalidad en los componentes más complejos de las FFEE, aquellos que maduran de manera más tardía y que, por tanto, aún se encontraban en desarrollo cuando tuvo lugar el daño cerebral. Entre ellos se incluyen el razonamiento, la resolución de problemas, el establecimiento de metas y el control inhibitorio (Petranovich et al., 2020).

Esta disfunción ejecutiva, limita a los menores en su desempeño para las tareas de la vida diaria y se manifiesta mediante conductas, interacciones sociales y respuestas desadaptativas, que comprometen la integración del menor en el contexto escolar, social y familiar.

### 1.3. La cognición social

La cognición social se refiere a las operaciones mentales subyacentes al procesamiento de la información social e incluye una variedad de procesos cognitivos que utilizamos en la detección de las emociones de los demás y la respuesta adecuada a estas emociones (Frith, 2008). Dichas operaciones son fundamentales para una comunicación exitosa y, en consecuencia, para la adaptación social del individuo, la salud mental y el bienestar emocional.

Según Lieberman et al. (2007) podemos dividir la cognición social en diferentes subdominios, entre ellos, la empatía y la teoría de la mente (ToM), que implican la comprensión de los procesos mentales ajenos, la comprensión del yo y la capacidad de autocontrol. De todos ellos, los aspectos de la cognición social más investigados han sido el reconocimiento de emociones y la ToM, dos dominios cognitivos parcialmente superpuestos pero distintos (Mitchell y Phillips, 2015). El reconocimiento de emociones se refiere a la capacidad de un individuo para identificar y discriminar entre los estados emocionales básicos de los demás, generalmente en función de sus expresiones faciales o vocales. Por otro lado, la ToM es una habilidad sociocognitiva que permite interpretar, anticipar y comprender el comportamiento humano a partir de estados psicológicos como creencias, deseos, emociones e intenciones (Wade et al., 2018). Es uno de los conceptos con mayor relevancia dentro del estudio de la cognición social (Etchepare y Prouteau, 2018) y su desarrollo es fundamental para mantener interacciones sociales exitosas, desarrollar la empatía y facilitar la comunicación a lo largo de la vida (Gómez-Tabares, 2022). A parte de su delimitación conceptual, se ha convertido en un reto la medición como función neurocognitiva. Para ello, se han utilizado tareas de falsas creencias de primer y segundo orden, en las que el sujeto tiene que atribuir un estado mental a un personaje dentro de una situación o bien, en la caso de segundo orden, comprender que una persona puede tener una creencia falsa acerca de lo que otra persona cree (Tirapú-Ustarróz et al., 2007).

La cognición social se desarrolla a través de todo el ciclo vital, sin embargo, es en la primera infancia donde gracias a la interacción con nuestros cuidadores principales y el vínculo establecido, se crean las condiciones adecuadas para el desarrollo de dichas habilidades, que serán claves para el individuo en etapas posteriores (Olhaberry y Sieverson, 2022). La red vinculada al cerebro social varía según las demandas de la tarea, pero en general incluye regiones límbicas (como la amígdala), la corteza cingulada anterior y la corteza insular, así como la corteza prefrontal y la unión temporoparietal (Cotter et al., 2018). Ruiz-Gutiérrez et al. (2020) encontraron que es necesario un correcto funcionamiento de la corteza ventromedial para integrar información emocional, cognitiva y sensorial para una adecuada elección en la toma de decisiones y el razonamiento moral. Según Adolphs (2001), la cognición social se trata de un proceso que nos permite construir una representación del entorno social mediante la percepción, interpretación y valoración de los estímulos de origen social. En este proceso participan áreas del lóbulo temporal, como el giro fusiforme y el surco temporal superior, en interacción con otras estructuras entre las que se encuentran

la amígdala, la corteza orbitofrontal y ventromedial, el cíngulo anterior y posterior y la corteza somatosensorial derecha. Toda esta red se encarga de procesar la información y transferirla hacia un sistema efector integrado por los ganglios basales, la corteza motora y el hipotálamo, que hacen posible la generación de una conducta social.

Las alteraciones de la cognición social son características tempranas y destacadas de muchos trastornos neuropsiquiátricos, del desarrollo neurológico y neurodegenerativos, y a menudo se producen después de una lesión cerebral aguda. Por lo tanto, su evaluación en la clínica es de suma importancia (Cotter et al., 2018; Henry et al., 2016). Los estudios sobre cognición social en menores con TCE son limitados, sin embargo, en líneas generales evidencian que los niños y niñas que han sufrido un daño cerebral traumático tienen alteradas sus habilidades para relacionarse con los demás de una manera adaptativa. En concreto, algunos estudios muestran que presentan dificultades cuando tienen que identificar emociones, dar soluciones a problemas sociales, generando un número menor de éstas que el grupo control, así como identificar el sarcasmo o la ironía, viéndose alterada su capacidad para comunicarse socialmente (Anderson et al., 2013).

Otros estudios han mostrado como los menores que han sufrido un TCE muestran dificultades en la toma de perspectiva social y, por tanto, tienden a utilizar estrategias poco colaborativas en las actividades grupales (Hanten et al., 2008). A su vez, Rosema et al. (2012), muestran que estos menores tienden a presentar comportamientos más agresivos e impulsivos lo que tiene como consecuencia una disminución de sus relaciones con iguales e incluso el aislamiento social.

#### 1.4. El papel de las funciones ejecutivas en el desarrollo de la cognición social

Las FFEE y la cognición social están estrechamente relacionadas (Devine y Hughes, 2014), lo que pone de manifiesto la necesidad de integrar emoción y cognición en los procesos de rehabilitación neuropsicológica (Blazquez et al., 2009). Las investigaciones han demostrado consistentemente que la interacción social puede influir en el desarrollo de las habilidades ejecutivas de los menores y, a su vez, el desarrollo de las FFEE puede facilitar las habilidades cognitivas que son importantes para la interacción social. Estos hallazgos van en línea con la hipótesis del marcador somático de Damasio (Damasio, 1998), la cual nos explica el papel que juega la emoción en aspectos cognitivos como la toma de decisiones y el razonamiento. Por otro lado, se sabe que las deficiencias en las FFEE a menudo conducen a dificultades en la cognición social, lo que afecta el comportamiento, las relaciones sociales y el funcionamiento diario. Algunas FFEE (como la inhibición, la memoria de trabajo y la flexibilidad cognitiva) se correlacionan con aspectos cognitivos y afectivos de la cognición social a lo largo de la vida, especialmente en niños y poblaciones clínicas. Por tanto, parece que ambos dominios se desarrollan en conjunto, a lo largo de la

niñez y la adolescencia (Lewis y Carpendale, 2009; Taylor et al., 2013). Esta relación es particularmente evidente en afecciones neurodegenerativas (Santos et al., 2020) y lesiones cerebrales adquiridas (Yeates et al., 2016). Así como en afecciones como la esquizofrenia, el trastorno bipolar y los trastornos del neurodesarrollo (López-Carrilero et al., 2024; Miranda et al., 2017), donde los déficits en las FFEE están fuertemente asociados con déficits en la cognición social. En esta línea, diversos estudios han señalado que los niños con trastornos del neurodesarrollo que presentan déficits en ToM también suelen experimentar alteraciones en la memoria de trabajo y el control inhibitorio (Apperly et al., 2009; Barendse et al., 2013; Toplak et al., 2009). En su mayoría, los estudios que se centran en la relación entre las FFEE y la ToM, encuentran que un mejor funcionamiento ejecutivo predice habilidades de ToM más fuertes (Aboulafia-Brakha et al., 2011). Así, el deterioro de las FFEE, se ha considerado un factor clave que contribuye a las dificultades en la ToM y puede derivar en dificultades en la comunicación y la interacción social.

Esto parece consecuencia de que ambos dominios dependen de regiones cerebrales superpuestas, especialmente la corteza prefrontal, lo que genera problemas en la interpretación de las señales sociales y la regulación del comportamiento. En el estudio de Ouerchefani et al. (2024), los pacientes con daño en la corteza prefrontal presentaban deterioro en todas las medidas de FFEE, estimación cognitiva y ToM, en comparación con los sujetos control. El análisis de regresión mostró una interacción significativa entre las medidas ejecutivas y la estimación cognitiva en la predicción del desempeño de ToM en pacientes con daño en la corteza prefrontal. Además, el análisis de lesiones basado en vóxeles identificó una red prefrontal parcialmente común distribuida bilateralmente involucrada en los tres dominios, centrada en las áreas ventral y dorsomedial con extensión a la corteza prefrontal dorsolateral. Por tanto, las FFEE y la estimación cognitiva (proceso ligado al control ejecutivo) parece que desempeñan un papel crucial en la capacidad de interpretar los estados cognitivos y emocionales.

En conjunto, se considera que podría haber dependencia funcional entre el desarrollo ambas (Moriguchi, 2014), relación que se confirma en la revisión realizada por Badarneh et al. (2024), que apunta a que las FFEE se relacionan con la cognición social, lo que a su vez confirma la asociación entre las FFEE y la ToM. Se concluye que se tratan de dominios estrechamente vinculados que apoyan el comportamiento adaptativo y la interacción social, mediante una asociación moderada-fuerte, con evidencia que sugiere que las FFEE a menudo sustentan habilidades cognitivas sociales como la ToM, la empatía y la comunicación pragmática.

### 1.5. Implicaciones prácticas y rehabilitación

Tal y como se ha comentado con anterioridad, la neurorrehabilitación infantil interviene en aquellos déficits que tienen un carácter transitorio o permanente, y que surgen como consecuencia de una

alteración ocurrida en la primera infancia (Cano de la Cuerda y Collado, 2012). Tiene como finalidad promover la recuperación funcional e incrementar la calidad de vida de los menores, a través del uso de estrategias terapéuticas que se fundamenten en la plasticidad cerebral y en la intervención temprana (León-Sarmiento et al., 2009; Suárez-Yepes, 2016). En líneas generales, la atención al menor con DCA infantil engloba tres fases (Muñoz et al., 2017):

**Tabla 1**

*Fases de atención al menor con DCA*

Fase	Características
Fase aguda (0 a 3 meses desde el daño cerebral)	El menor se encuentra hospitalizado, normalmente en una unidad de cuidados intensivos pediátricos, donde los objetivos principales son mantener a salvo al menor e iniciar la rehabilitación para evitar futuras complicaciones.
Fase subaguda (6 a 24 meses)	El menor ha sido dado de alta de la unidad de cuidados intensivos y se encuentra hospitalizado en planta o bien en su domicilio. Durante este tiempo da comienzo la rehabilitación para facilitar la recuperación. La rehabilitación neuropsicológica puede darse desde tres enfoques: la restauración, que va dirigida a mejorar procesos cognitivos específicos; la sustitución, dirigida a mejorar el rendimiento de la función alterada a través de la utilización y optimización de los sistemas cognitivos preservados; y la compensación, dirigida a entrenar en el uso de otros comportamientos alternativos o ayudas externas.

---

Fase crónica (24 meses en adelante)

El menor ha finalizado la rehabilitación más intensiva, se encuentra en domicilio y asiste al colegio. Durante esta etapa los objetivos principales van a ser el mantenimiento de las mejoras logradas en la fase anterior y la mejora de la inclusión social y la autonomía del menor.

---

La intervención sobre el DCA difiere en función de determinadas variables que pueden influir en su evolución, entre ellas, la gravedad de la lesión y la localización de ésta, el tiempo transcurrido desde que se ocasionó el daño y los datos demográficos y premórbidos que pudiesen influir en las secuelas y en su recuperación. Para estimar la gravedad del daño se utilizan diferentes medidas que ayudan a estimar la profundidad del daño, así como pronosticar la futura recuperación cognitiva y funcional del paciente. Las más comúnmente utilizadas son: la escala de coma de Glasgow, la duración del coma y la duración de la amnesia postraumática. Por otro lado, la localización de la lesión, así como su focalidad, es uno de los factores determinantes en la gravedad de la sintomatología y la mejora de ésta. Las lesiones difusas son muy frecuentes en el DCA moderado y severo, y aparecen en la mayoría de los TCE por accidente y los accidentes cerebrovasculares.

Por regla general, cuanto más focalizada esté una lesión, serán menores sus consecuencias negativas, dando lugar las diferentes localizaciones a patrones diferentes de alteración. En cuanto al tiempo desde el daño cerebral, la mayoría de estudios publicados son contundentes en afirmar que existe una mayor eficacia del tratamiento neurorrehabilitador y, por tanto, un mejor pronóstico de recuperación, cuanto más precozmente se inicia el mismo, siempre y cuando nos adecuemos a la situación clínica del paciente (Noé et al., 2024). Esto implica que durante las 24-48h pueden llevarse a cabo acciones como orientación a la realidad, pequeñas movilizaciones y adaptaciones del entorno, así como comenzar a trabajar sobre déficits cognitivos como la afasia o la negligencia. Según avanza de manera positiva la situación clínica del paciente, se va aumentando la intensidad en tiempo y contenidos tratados durante el tratamiento neurorrehabilitador.

Por otro lado, la edad del paciente es un factor relevante, ya que se relaciona con la plasticidad neuronal. La plasticidad neuronal es la capacidad del sistema nervioso para modificar su estructura a partir de la experiencia, lo que permite la adquisición de nuevos aprendizajes. Esta plasticidad es mayor cuando el sistema nervioso central aún no está completamente especializado y la formación de sinapsis y conexiones dendríticas continúa en desarrollo (Arnedo et al., 2015). Por otro lado, en la población infantil,

las consecuencias del daño cerebral están condicionadas a la vulnerabilidad cerebral temprana, definida como la especial sensibilidad del cerebro inmaduro ante las lesiones. Así, si una región cerebral se lesiona durante un periodo crítico del desarrollo, las habilidades asociadas a esa área pueden verse afectadas de manera permanente. Por tanto, en menores, para poder estimar el alcance del daño es fundamental conocer el momento del desarrollo en que se encuentran. Por último, otro factor premórbido significativo es el nivel educativo del paciente en el momento del daño, lo que se relaciona con una mayor reserva cognitiva y, por tanto, una mayor capacidad para compensar los déficits.

Como se ha comentado anteriormente, las FFEE y la cognición social están profundamente interconectadas y el daño en las regiones del cerebro que respaldan estas capacidades, a menudo resulta en déficits combinados. El DCA afecta negativamente las FFEE y la competencia social y, por tanto, el adecuado funcionamiento de las FFEE pueden ser un factor determinante en su desarrollo, tras una lesión cerebral traumática (Ganesalingam et al., 2011).

Abordar ambos dominios, tanto durante la evaluación como en la rehabilitación, es crucial para mejorar la calidad de vida después de una lesión cerebral (Manly y Murphy, 2012), sin embargo, los resultados sobre los diferentes enfoques de intervención son inconsistentes (Chung et al., 2013). La recuperación de las alteraciones causadas depende, en gran medida, del programa de intervención realizado. Sabemos que, en líneas generales, debe tratarse de una intervención temprana, personalizada, holística e integral, interdisciplinar y especializada, continua y encadenada, ecológica y basada en un marco teórico de referencia (Muñoz et al., 2017).

Los programas de rehabilitación en el daño cerebral deben encuadrarse dentro de un enfoque transdisciplinar, contando con un equipo que incluya diferentes profesionales especializados en atención al daño cerebral (médicos rehabilitadores, neurólogos, fisioterapeutas, logopedas, terapeutas ocupacionales, psicólogos clínicos, neuropsicólogos, trabajadores sociales, etc.) que estén altamente coordinados y con objetivos comunes definidos. Cada uno de los profesionales deberá estar formado específicamente en el área de conocimiento de la neurorehabilitación y contar con una experiencia contrastada. Desde un enfoque transdisciplinar también toman un papel fundamental las familias las cuales se encargan del manejo y tratamiento de los pacientes. La atención psicológica y el acompañamiento a las familias debe ser uno de los principales objetivos desde el primer momento, ya que la situación supone una carga emocional elevada. Del mismo modo, es necesario que sean informados sobre las principales manifestaciones clínicas, así como del programa rehabilitador, del que deberá hacerseles participes como cuidadores principales, una vez esté dado de alta el paciente. También deberán ser informados sobre el pronóstico funcional y los recursos socioeducativos disponibles.

Según la revisión realizada por Rodríguez-Rajo et al. (2022), los estudios sobre la rehabilitación de la cognición social tras TCE, arrojan resultados positivos o parcialmente positivos en pacientes crónicos,

aunque dejan como futura línea de trabajo, la aplicación de intervenciones similares en pacientes en fase subaguda, así como en población infantil y adolescente.

Por todo ello, el presente trabajo, tiene como finalidad desarrollar una propuesta innovadora para la rehabilitación de menores con TCE que presentan dificultades en su capacidad socio-emocional, asociadas a las alteraciones en las FFEE. La propuesta pretende ser una respuesta integral, orientada no solo a la recuperación de las funciones cognitivas sino también al fortalecimiento de la cognición social, tan necesaria para la adecuada adaptación del individuo a su entorno. En este sentido, la propuesta pone énfasis en la interdependencia entre emoción y cognición, y destaca la importancia de abordar la rehabilitación neuropsicológica desde un enfoque holístico.

#### 1.6. Objetivos del trabajo

##### *Objetivo general*

Diseñar una propuesta de intervención en neurorehabilitación infantil para mejorar la cognición social de menores con traumatismo craneoencefálico en fase subaguda o crónica, mediante el desarrollo de las funciones ejecutivas.

##### *Objetivos Específicos*

- Revisar el estado actual de la neurorehabilitación infantil en el daño cerebral adquirido.
- Explorar las principales consecuencias cognitivas y socio-emocionales que surgen tras un traumatismo craneoencefálico.
- Analizar la vinculación entre funciones ejecutivas y la cognición social en pacientes con daño cerebral adquirido.
- Diseñar actividades individuales y grupales, dirigidas a estimular y optimizar los procesos de cognición social y funciones ejecutivas en menores con traumatismo craneoencefálico.
- Diseñar una propuesta de intervención que mejore la recuperación funcional y la calidad de vida de aquellos menores que han sufrido un daño cerebral traumático, con el fin de mejorar su calidad de vida personal y familiar.
-

## 2. Método

Para llevar a cabo el diseño del programa, en primer lugar, se ha realizado una revisión de la literatura existente. Para ello, se efectuó una búsqueda detallada y sistemática de la literatura científica, siguiendo el método PRISMA (Page et al., 2021). Esta revisión incluyó artículos empíricos, revisiones y metaanálisis desde 2000 hasta 2025, así como bibliografía sobre programas existentes vinculados con el contenido de la propuesta. En concreto, se revisaron las siguientes bases de datos académicas: Dialnet, Scielo, SCOPUS, Pubmed, Psycinfo y Google Académico.

La búsqueda se realizó tanto en castellano como en inglés utilizando como palabras clave: daño cerebral infantil, traumatismo craneoencefálico, neurorehabilitación infantil, cognición social, funciones ejecutivas, y programa de rehabilitación.

Se han enlazado utilizando los operadores booleanos “AND” y “OR”: “daño cerebral adquirido AND infancia”; “daño cerebral infantil AND funciones ejecutivas”; “daño cerebral adquirido AND cognición social”; “neurorehabilitación infantil AND daño cerebral adquirido”; “traumatismo craneoencefálico AND infancia”; “traumatismo craneoencefálico AND funciones ejecutivas”; “traumatismo craneoencefálico AND cognición social”; “programa rehabilitación neurológica OR programa neurorehabilitación”; “rehabilitación AND cognición social”; “rehabilitación AND funciones ejecutivas”.

Una vez finalizada la revisión de la literatura, se procedió al desarrollo del programa de intervención. Para el desarrollo del programa se tomaron como referencia diversos programas preexistentes (véase Tabla 2), diseñados para intervenir sobre estas áreas y previamente implementados en población con DCA. El programa propuesto, no pretende ser una réplica a dichos programas, sino que toma de ellos elementos conceptuales y metodológicos que han servido de inspiración para su diseño.

**Tabla 2**

*Programas preexistentes en funciones ejecutivas y cognición social*

<b>Funciones ejecutivas</b>	<b>Cognición social</b>
<i>Programa de rehabilitación de Von Cramon y Von Cramon (Von Cramon y Von Cramon, 1991; 1992).</i>	<i>Programa T-SceMO (Westerhof-Evers et al., 2017; 2019).</i>
<i>Descripción del programa: modelo de rehabilitación para pacientes con DCA, que incide en la intervención sobre aquellos procesos</i>	<i>Descripción del programa: programa de intervención multidimensional en el tratamiento de pacientes que han sufrido un TCE. El programa trata la cognición social y la</i>

---

implicados en la resolución de problemas. Incluye actividades para desarrollar las habilidades de razonamiento, producción de ideas, estrategias de solución, comprensión y juicio social. Esta última área implica el trabajo en cuatro fases: 1) Formulación del problema: definición del objetivo de la tarea. 2) Generación de soluciones. 3) Selección de la solución más adecuada entre las diversas opciones disponibles. 4) Verificación del resultado (reconocimiento de errores y corrección).

---

regulación emocional mediante sesiones individuales y se enfoca en el desarrollo de: la percepción de la información social (percepción e interpretación de señales sociales), el conocimiento social o la habilidad para mentalizar (toma de perspectiva y ToM) y la habilidad para regular el comportamiento social.

Además, el programa propuesto incluye elementos de psicoeducación, tanto para los menores como para las familias, y entrenamiento funcional. Del mismo modo, incluye actividades que utilizan el role-playing en grupo o parejas, la resolución de problemas cotidianos, la mímica y tareas para el hogar.

### 2.1. Participantes

El programa está diseñado para población infantil entre los 6 y 12 años, con afectaciones neurológicas adquiridas tras un traumatismo craneoencefálico. De manera previa se realizará una evaluación neuropsicológica, con el fin de ajustar el tratamiento a la individualidad de cada participante. Del mismo modo, durante y al finalizar la intervención se realizarán nuevas evaluaciones para verificar la eficacia del programa. El programa se realizará de manera coordinada con el colegio y la familia. Los criterios de inclusión al programa serán:

- Edad comprendida entre los 6 y 12 años.
- Encontrarse en la fase subaguda o crónica tras el TCE (que haya ocurrido hace más de 6 meses).
- Evidenciar dificultades vinculadas a las funciones ejecutivas: flexibilidad cognitiva, inhibición, planificación, resolución de problemas, juicio social, etc.
- Evidenciar déficits en su día a día relacionados con las relaciones sociales, la regulación emocional y la comunicación interpersonal.
- Manifestar quejas subjetivas sobre su disfuncionalidad en la adaptación al entorno social, escolar, etc.

## 2.2. Instrumentos de evaluación

El proceso de evaluación se dividirá en tres momentos diferenciados (evaluación inicial, evaluación intermedia y evaluación final). Queda abierta la posibilidad de realizar una evaluación de seguimiento de la intervención a los seis meses de la finalización del programa. También se realizará una entrevista clínica al inicio del proceso. Para la entrevista inicial, se contará con la presencia de la familia, así como se recopilará información sobre su desempeño escolar, en caso de haberse reincorporado al colegio.

### *Evaluación inicial*

De manera inicial se realizará una entrevista clínica con la presencia de la familia de menor, para explorar el estado cognitivo, emocional, conductual y funcional. Se realizará una revisión de informes médicos y neuropsicológicos previos.

Posteriormente, se realizará la evaluación inicial que tendrá una duración aproximada de 4 horas que se repartirán en cuatro sesiones, ajustando el tiempo a las necesidades del paciente. La Tabla 3, recoge los instrumentos de evaluación utilizados durante todo el proceso de evaluación. Con el fin de investigar sobre otros posibles dominios cognitivos que pudiesen interferir en la eficacia del programa, se realizará la evaluación de otros dominios cognitivos aparte de las FFEE y la cognición social.

**Tabla 3**

### *Instrumentos de evaluación*

<b>Pruebas</b>	<b>Características</b>
Escala de inteligencia Wechsler- V (WISC-V)	<p>Escalas principales: comprensión verbal, visoespacial, razonamiento fluido, memoria de trabajo, velocidad de procesamiento.</p> <p>Escalas secundarias: razonamiento cuantitativo; memoria de trabajo auditivo; no verbal; capacidad general y competencia auditiva. Índices: hay un índice por cada escala, además del CI total.</p> <p>Edad: 6 años a 16 años y 11 meses</p>

---

Test de percepción de diferencias (CARAS- R) (Thurstone y Yela, 2012)	<p>Se presentan tríadas de cara esquemáticas (círculo externo, ojos, cejas, boca y pelo). En cada tríada el niño debe señalar la única cara distinta a las otras dos. Tiene un total de 60 ítems y límite de tiempo: 3 minutos. Puntuaciones: aciertos y errores e índice de control de la impulsividad. Implica aptitudes perceptivas, atención sostenida y selectiva.</p> <p>Edad: 6 años a 16 años y 11 meses</p>
Evaluación neuropsicológica de las funciones ejecutivas en niños (ENFEN) (Portellano et al., 2009)	<p>Batería de evaluación del desarrollo de las funciones ejecutivas (FFEE). Presenta valor diagnóstico y orienta la intervención en FFEE identificando los puntos fuertes y débiles. Pruebas: fluidez verbal (fonológica /m/ y semántica, animales), construcción de senderos (similar al Children Color Trails Test), construcción con anillas (test de torres) y resistencia a la interferencia (test tipo Stroop).</p> <p>Edad: 6 a 12 años</p>
Evaluación conductual de la función ejecutiva (Behaviour Rating inventory of Executive function BRIEF; Gioia et al., 2000):	<p>Inventario para evaluación de FFEE en el hogar (para padres) y la escuela (para profesorado). Debe indicarse la frecuencia de aparición de una serie de conductas: Inhibición, cambio (shift), control emocional, memoria de trabajo y organización, orden (del espacio), control y autocontrol.</p> <p>Índices principales: regulación de la conducta, flexibilidad y metacognición.</p> <p>Índice global de función ejecutiva.</p> <p>Edad: 5 a 18 años</p>

---

---

Batería de Teoría de la Mente (B-ToM) (versión adaptada de Hutchins y Prelock, 2010)

Batería que evalúa la ToM mediante 26 ítems (15 problemas y 11 de control), a través de tres subescalas (temprana, básica y avanzada). Evalúa aspectos como: reconocimiento de emociones y atribución de emociones basadas en deseos, toma de perspectiva, la inferencia basada en la percepción y la falsa creencia de primer orden, capacidad para atribuir emociones basadas en creencias y realidad, atribuciones de emociones de segundo orden, discrepancia entre mensaje y deseo, y la falsa creencia de segundo orden.

Los 15 ítems de evaluación están insertos dentro de nueve situaciones o tareas de ToM de complejidad creciente que son presentadas en viñetas con dibujos a color.

Edad: 2 a 8 años

---

Sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes-BASC (Reynolds y Kamphaus, 2004)

Sistema integral de evaluación diseñado para identificar y describir patrones de conducta, emociones y habilidades adaptativas en niños y adolescentes. Involucra la recogida de datos, a múltiples fuentes de información, mediante escalas adaptativas y desadaptativas. Consta de:

- Cuestionario autoadministrado: a partir de los 8 años. El menor informa sobre emociones y autopercepciones.
- Cuestionario para padres: evalúa conductas en el hogar.
- Cuestionario para profesorado: evalúa conductas en el contexto escolar.
- Sistema de observación del estudiante: herramienta complementaria para observación directa del alumno en aula.

Edad: 2 a 21 años

---

---

Diagnostic Analysis of non-verbal accuracy “DANVA-2-AF” (Nowicki y Carton, 1993).

Se trata de una subprueba del DANVA-2, cuyo objetivo es evaluar la capacidad para reconocer emociones básicas a través de rostros de adultos. Consta de 24 fotografías en blanco y negro o color, que muestran cuatro emociones: alegría, tristeza, miedo o enfado. Las expresiones presentan dos niveles de intensidad: baja o alta.

Edad: de 4 años hasta adultos.

---

Test de paso en falso “Faux pas test” (Baron-Cohen et al., 1999).

Evalúa la ToM a través de la habilidad para detectar errores sociales cometidos de manear accidental, también denominado “test de la metedura de pata”. Consiste en una serie de 20 historias cortas, en las que se debe detectar si alguien ha cometido un error social mediante un comentario inoportuno, hiriente o socialmente inapropiado. Se debe identificar quién cometió el error, por qué lo considera un error social y cómo se podría sentir el otro. De las 20 historias, sólo aparecen errores en la mitad, actuando el resto como control.

Edad: 7 a 11 años

---

### *Evaluación intermedia*

La evaluación intermedia cumplirá dos objetivos principales, por un lado, monitorear el progreso del programa para verificar que se están cumpliendo los objetivos previstos y, por otro lado, ajustar la intervención en caso de que se detecten dificultades en su aplicación. Se llevará a cabo a mitad del programa, en concreto, una vez finalice el bloque 1 y antes de que comience el bloque 2.

En ella se realizará recogida de información cualitativa sobre la asistencia del menor a las sesiones, su adherencia al programa, así como su implicación y motivación. Se valorará también el grado de implicación familiar en el proceso, así como su nivel de satisfacción con el proceso, avances y dificultades.

En caso de trabajar de manera coordinada con otros profesionales, se realizará una reunión de equipo en la que se analicen, el desarrollo del programa, los resultados observados y se valore su efectividad hasta el momento. Este primer análisis servirá de base para orientar la toma de decisiones y realizar los ajustes necesarios en el bloque 2.

*Evaluación final*

El objetivo de la evaluación final es valorar los logros clínicos y funcionales alcanzados respecto a los objetivos iniciales. Para ello se realizará una comparativa pre-post mediante la evaluación de ambos procesos (FFEE y cognición social), mediante la reapiación de las pruebas iniciales.

También será necesario examinar el grado de transferencia de los avances a su vida diaria (escuela, familia y relaciones sociales). Para ello, se recogerá información conductual mediante el inventario BRIEF para padres/profesorado así como el registro observacional en aula a través del BASC.

Por último, será necesario recoger las percepciones y satisfacción de los menores y sus familias, con el fin de extraer posibles mejoras para futuras ediciones del programa. Para todo ello, se valorarán los siguientes aspectos, respecto a la aplicación del programa:

**Tabla 4**

*Criterios de evaluación del programa*

<b>Criterio</b>	<b>Pregunta</b>	<b>Indicador</b>	<b>Ubicación Temporal</b>	<b>Instrumentos</b>
<b>Eficacia</b>	¿Ha mejorado la funcionalidad de los participantes?	- Reducción del nivel de malestar familiar.	Evaluación final	Entrevista final y cuestionario de satisfacción.
	¿El grupo ha visto mejorado su funcionamiento social?	- Disminución de los problemas en aula.		

<b>Eficiencia</b>	¿Ha habido un desarrollo óptimo del programa?	<p>-El grupo está satisfecho con el desarrollo de las distintas actividades.</p> <p>- Los recursos humanos y técnicos han sido los adecuados para el desarrollo del programa.</p>	Evaluación intermedia y final	Cuestionario satisfacción.
<b>Impacto</b>	¿Qué consecuencias y cambios han tenido lugar la vida social, escolar y familiar de los menores?	-Mejora en sus relaciones sociales	Evaluación final	Cuestionarios y escalas.
<b>Pertinencia</b>	¿En qué medida el programa ha servido para fomentar las funciones ejecutivas y la cognición social de los menores?	-Mejora de las puntuaciones en ambos dominios.	Evaluación final	Baterías y escalas de evaluación.
<b>Replicabilidad</b>	¿Este mismo programa se puede aplicar en contextos similares?	- El programa es apropiado y acorde en otros contextos (centros públicos o de otras comunidades)	Evaluación final	Valoración de equipo de los resultados del programa.

---

<b>Participación</b>	¿Ha habido una adecuada participación en el programa?	- Grado de participación	Evaluación intermedia y final	% de participación individual y grupal.
----------------------	---	--------------------------	-------------------------------	---

---

### 2.3. Procedimiento

La propuesta está diseñada para que los participantes puedan acudir al programa desde diferentes vías: a) derivados desde el servicio de Neurología de su hospital, b) derivados por su médico de atención Primaria o 3) por voluntad propia a solicitud de la familia. Tras ser aceptados en el programa firmarán una hoja de consentimiento informado e iniciarán la entrevista clínica y la evaluación neuropsicológica inicial. La hoja de consentimiento informado será firmada por los padres o tutores legales de los menores y recogerá la siguiente información:

- Objetivos del programa.
- Procedimientos y actividades que se realizarán.
- Posibles riesgos y beneficios esperados.
- Confidencialidad y manejo de datos.
- Derecho a retirarse en cualquier momento.

Una vez finalizada esa evaluación inicial, se realizará la inclusión de cada participante al programa. Todas las pruebas neuropsicológicas serán administradas por un profesional de la neuropsicología. Realizada la selección de los participantes al programa, se iniciará éste con una duración de 20 semanas, en las cuales se dividirá el contenido en dos grandes bloques de trabajo (ver Tabla 5).

**Tabla 5**

*Bloques de contenido del programa*

FUNCIONES EJECUTIVAS	COGNICIÓN SOCIAL
(Bloque 1)	(Bloque 2)
Flexibilidad cognitiva	Identificación y reconocimiento emocional
Control inhibitorio	ToM y toma de perspectiva
Planificación	Empatía
Razonamiento	Conocimiento y regulación del comportamiento social
Resolución de problemas	
Objetivo: Fortalecer las funciones ejecutivas con el fin de favorecer la autorregulación cognitiva, emocional y conductual, promoviendo un mejor desempeño social, familiar y escolar.	Objetivo: Favorecer el desarrollo de la cognición social para mejorar su capacidad de comprender, interpretar, y responder de manera adecuada a las emociones de los demás y sus conductas sociales, promoviendo una interacción social positiva y adaptativa.

#### 2.4. Resultados esperados

Con el fin de evaluar los resultados del programa se plantean unos indicadores de evaluación (ver Tabla 6) que nos permitirán evaluar de manera objetiva, sistemática y organizada si se han cumplido los objetivos planteados.

Los resultados esperados del programa implican a nivel cognitivo la mejora en las FFEE incluyendo la mejora en la resolución de problemas, el razonamiento, la planificación y organización. Del mismo modo se espera un aumento en la flexibilidad cognitiva, así como una mayor capacidad de autorregulación. A nivel socio-emocional, se espera la mejora en el reconocimiento de emociones, el incremento en la empatía, una mejora en la regulación emocional y un aumento en las habilidades de mentalización del menor, evidenciado mediante la aplicación de cuestionarios y escalas, así como de registros de observación del menor.

Ésto tendrá como consecuencia positiva un mejor manejo de sus habilidades sociales, así como de su comportamiento social, con la consecuente mejora de la convivencia escolar y familiar. Además, como consecuencia indirecta se prevé una mejora en el desempeño académico, así como un aumento de la participación del menor en el aula.

**Tabla 6**

*Indicadores de evaluación*

Objetivos	Indicadores
Fortalecer las funciones ejecutivas con el fin de favorecer la autorregulación cognitiva, emocional y conductual, promoviendo un mejor desempeño social, familiar y escolar.	<p>Capacidad del menor para planificar actividades escolares y el desarrollo de su autonomía (ej. preparar materiales, seguir rutinas).</p> <p>Disminución en conductas impulsivas registradas en tareas estructuradas o en el aula.</p> <p>Porcentaje de éxito en tareas que requieren cambio de estrategia.</p> <p>Capacidad para la resolución de problemas cotidianos.</p>
Favorecer el desarrollo de la cognición social para mejorar su capacidad de comprender, interpretar y responder de manera adecuada a las emociones de los demás y sus conductas sociales, promoviendo una interacción social positiva y adaptativa.	<p>Capacidad del menor para identificar correctamente sus propias emociones y las de otros (evaluado mediante pruebas de reconocimiento emocional o registros de observación).</p> <p>Uso espontáneo de estrategias de autorregulación (ej. respiración, pedir ayuda, retirarse de la situación).</p> <p>Resultados en escalas de empatía reportadas por padres/maestros.</p> <p>Número de interacciones positivas con pares (ej. cooperación, compartir, ayudar).</p>

Capacidad para explicar cómo se siente o qué piensa otra persona en una historia o en un conflicto real.

---

### **3. Descripción del programa**

Se propone un programa de intervención multidimensional en el que se abordan los dominios cognitivo y socio-emocional, entre los que se incluye el trabajo de las funciones FFEE, y la cognición social, así como otros aspectos relacionados con las emociones, conducta y la funcionalidad del individuo. Tal y como se ha visto en la revisión de la literatura, las limitaciones encontradas por estos pacientes, se relacionan tanto con los déficits ejecutivos como con el deterioro de los procesos mentales asociados a la cognición social. Por tanto, el abordaje de todos ellos se realizará de manera multidimensional, mediante la aplicación de tareas de dificultad creciente desde un enfoque basado en la restauración y compensación de las funciones, utilizando el aprendizaje sin errores y la practica repetitiva.

El programa comenzará con el fomento de las FFEE para, en un momento posterior, trabajar directamente la cognición social. La temporalización seleccionada para el programa trata de poner de relieve lo expuesto en la literatura, la cual señala que el buen funcionamiento de las FFEE se relaciona con el adecuado desarrollo de la cognición social.

El programa está diseñado para tener una duración de 6 meses (24 semanas), de las cuales la intervención tendrá una duración de 4 meses (16 semanas) y un total de 20 sesiones. Del total de las sesiones, 16 sesiones tendrán un carácter individual y tendrán una periodicidad de (1 sesión/semana). El resto de sesiones tendrán un carácter grupal y se realizarán al final de cada mes, de modo que reforzarán aquello que se ha ido trabajando de manera individual durante las sesiones previas. Las sesiones individuales tendrán una duración de 45 minutos y las sesiones grupales, tendrán una duración de una hora. Durante las sesiones grupales podrán participar un máximo de 12 niños. Si es posible, se realizarán agrupaciones por rango de edad. A la primera sesión de cada bloque acudirán los niños con un familiar, que participará en la psicoeducación y en todas las actividades realizadas durante la sesión.

A las sesiones de intervención se incluirán, sesiones para realizar la entrevista clínica, así como la evaluación inicial y final. La organización de las sesiones se ajustará a las necesidades específicas de cada individuo, ajustando la motivación y la dificultad para evitar la frustración y/o la fatiga. Previamente, los participantes del programa tendrán que haber realizado una entrevista clínica, en la que se recogerán los siguientes datos:

- a) Motivo de consulta.
- b) Historia del desarrollo e historial de salud.
- c) Historia escolar y académica.
- d) Antecedentes familiares.
- e) Estado cognitivo, emocional, conductual y funcional.
- f) Desarrollo Social.

A su vez, tendrán que pasar por una evaluación neuropsicológica inicial (véase Tabla 3), en la que se recogerá información sobre las principales áreas cognitivas. Es importante destacar que, sólo accederán al programa aquellos menores que una vez finalizada la entrevista y la evaluación inicial, cumplan los criterios de inclusión al mismo.

El programa está diseñado para llevarse a cabo tanto en centros públicos como privados. El acceso a los recursos públicos por parte de las familias, está vinculado en muchos casos a su ubicación geográfica y la CCAA en la que residan, por eso, se plantea un propuesta de programa que pueda realizarse desde cualquier centro de rehabilitación neurológica que cuente con un equipo multidisciplinar y con experiencia en DCA en población infantil. El programa constará de las siguientes fases:

**Tabla 7**

*Fases del programa*

<b>Fases</b>	<b>Duración</b>	<b>Contenidos</b>
FASE 1	1 a 4 semana	Entrevista clínica y evaluación inicial
FASE 2	4 a 20 semana	Desarrollo del programa de neurorrehabilitación
FASE 3	20 a 24 semana	Evaluación final

Como se ha comentado anteriormente, el programa constará de 20 sesiones que se aplicarán entre los meses 2 y 5, dejando el primer y último mes de la intervención para realizar la evaluación inicial y final.

**Tabla 8**

*Cronograma de aplicación*

<b>Bloques</b>	<b>Mes</b>	<b>Semanas</b>	<b>Sesiones</b>
<b>Bloque 1</b>	<b>2</b>	4 a 8 semana	Sesión 1 a Sesión
	<b>3</b>	8 a 12 semana	Sesión 6 a Sesión 10
<b>Bloque 2</b>	<b>4</b>	12 a 16 semana	Sesión 11 a Sesión 15
	<b>5</b>	16 a 20 semana	Sesión 16 a Sesión 20

A continuación, se desarrolla de manera más detallada el cronograma por meses y sesiones. En primer lugar, se presentarán los contenidos de las sesiones 1 a 10, vinculadas con el fortalecimiento de las FFEE y, en segundo lugar, se presentarán los contenidos de las sesiones asociadas al desarrollo de la cognición social, de la 11 a la 20. Las sesiones completas y detalladas se incluyen en el apartado de Anexos junto a los materiales necesarios para cada sesión.

**Tabla 9**

*Cronograma por sesiones: mes 2*

<b>Sesión</b>	<b>Dominio</b>	<b>Actividades</b>
<b>1</b>	Flexibilidad cognitiva y control inhibitorio	<b>Bienvenida y presentación al programa</b>
		<p><b>Taller de psicoeducación: Los superpoderes ejecutivos</b></p> <p><b>Actividad 1 “Semáforo de respuestas”:</b> Se elabora con el niño un semáforo de cartulina que nos permita utilizarlo en diferentes situaciones durante la sesión y que podrá ser llevado a su casa para su utilización en el contexto familiar.</p> <p><b>Actividad 2 “Un giro inesperado”:</b> El niño empieza a dibujar algo sencillo (ej.: una casa). A mitad del dibujo, introducimos</p>

---

		un cambio en la instrucción, que implica el cambio y adaptación de su dibujo a la nueva instrucción.
2	Autorregulación	<p><b>Actividad 1 “Diario de autocontrol”:</b> El niño escribe o dibuja momentos en los que logró controlar impulsos o emociones. Nos servirá para ir revisando juntos los logros y estrategias usadas, en sesión y fuera de las sesiones.</p> <p><b>Actividad 2 “Respira”:</b> Se podrá usar un temporizador visual, globos o contar mientras hace un movimiento lento. Para ello, se utilizará un cuento infantil sobre la temática, que ayudará a seguir los pasos indicados por él mismo. Cuento: Respira (Inés Castel-Branco).</p>
3	Razonamiento	<p><b>Actividad 1 “¿Qué harías si...?”:</b> Se plantean diferentes situaciones: <i>“Si ves a un compañero que olvidó su desayuno, ¿qué harías?”</i>; <i>“Si dos amigos discuten y te piden que elijas bando, ¿cómo actuarías?”</i> Los niños dan distintas respuestas y se comparan opciones.</p> <p><b>Actividad 2 “Historias incompletas”:</b> El adulto narra: <i>“María estaba en clase y alguien se burló de su dibujo. María se sintió triste y...”</i> El niño debe inventar cómo continúa la historia con posibles reacciones de María y de los demás.</p>

---

4

*Planificación y  
resolución de  
problemas*

**Actividad 1 “Mi mapa de pasos”:** Se dibuja un mapa o esquema con pasos:

- Identificar el problema.
- Pensar en alternativas.
- Elegir la mejor opción.
- Ejecutar la acción.
- Evaluar resultados.

**Actividad 2 “Historias con dilema”:** Se narran situaciones ficticias (ej.: “Luis quiere jugar con todos sus amigos, pero solo hay un balón”). Preguntas guía:

- ¿Cuál es el problema?
- ¿Qué opciones tienen los niños?
- ¿Qué consecuencias tendría cada opción?
- ¿Cuál es la mejor decisión y cómo se puede llevar a cabo?

5

**Taller grupal**

*Objetivos*

- Fomentar la capacidad para analizar dilemas cotidianos e identificar las consecuencias positivas y negativas de las distintas decisiones.
- Mejorar la capacidad de resolución de conflictos, aplicando diversas estrategias de resolución.
- Promover la toma de decisiones positivas.

**Actividad 1 “La balanza de decisiones”:** Se presenta un dilema: “Tu amigo se cae y pierdes el juego si lo ayudas. ¿Qué haces?”. Se dibuja una balanza: en un lado las ventajas de ayudar, en el otro las de no ayudar. Los niños deciden qué pesa más y explican su elección.

**Actividad 2 “El teatro de los conflictos”:** En grupos pequeños, se dramatizan problemas comunes (ej.: compartir materiales, turnos en el recreo, burlas). Después, los demás proponen distintas maneras de resolverlos. Se vuelve a actuar usando la solución elegida.

**Tabla 10**

*Cronograma por sesiones: mes 3*

<i>Sesión</i>	<i>Dominio</i>	<i>Actividades</i>
6	<i>Flexibilidad cognitiva y control inhibitorio</i>	<p><b>Actividad 1 “Simón dice”:</b> Los niños deben seguir la indicación Simón dice...para realizar la acción requerida «saludar, sonreír, gritar». Los menores sólo deberán obedecer la indicación cuando comience por «Simón dice». Se podrán utilizar tarjetas de colores con las acciones o música para dinamizar el juego.</p> <p><b>Actividad 2 “Los opuestos”:</b> Se muestran tarjetas con acciones habituales (ej.: saltar, aplaudir, decir “sí”). El niño debe hacer lo contrario de lo que indica la tarjeta (ej.: si dice “salta”, debe quedarse quieto).</p>
7	<i>Autorregulación</i>	<p><b>Actividad 1 “Caja de la calma”:</b> Elaboraremos una caja con objetos que ayudan a tranquilizarse: pelotas antiestrés, arena kinética, pompones, botellas sensoriales. Cuando el niño se siente abrumado, usa la caja y luego reflexiona sobre su estado emocional.</p> <p><b>Actividad 2 “El volcán”:</b> Como complemento a la actividad anterior, utilizaremos la metáfora del volcán para representar cómo nos sentimos cuando nos enfadamos (tensión corporal, cara roja, falta de respiración, etc.). Juntos reflexionaremos sobre cómo apagar el volcán, mediante los objetos realizados para la caja de la calma.</p>
8	<i>Razonamiento</i>	<p><b>Actividad 1 “Buscando la mejor estrategia”:</b> Se coloca una caja con tarjetas que tienen diferentes estrategias: “Pedir ayuda a un adulto”, “Negociar”, “Turnarse”, “Ignorar”, “Hablar con calma”. Ante un problema social inventado, los niños sacan una tarjeta y evalúan si funcionaría o no en ese caso.</p> <p><b>Actividad 2 “¿Qué final le damos...?”:</b> El adulto plantea una historia: “Pedro quiere subirse primero al columpio, pero Ana ya está ahí.” Los niños inventan tres finales: uno impulsivo, uno pasivo y uno cooperativo. Se conversa cuál final sería más justo o útil.</p>

---

9	<i>Planificación y resolución de problemas</i>	<p><b>Actividad 1 “El detective de problemas”:</b> Se presentan pistas sobre un problema social o lógico. Los niños deben identificar la causa, pensar soluciones y elegir la mejor opción. Ejemplo: “Alguien dejó desordenada la clase y no sabemos quién. ¿Cómo podemos averiguarlo sin acusar injustamente a nadie?”.</p> <p><b>Actividad 2 “Cuentos desordenados”:</b> Se entregarán al niño tarjetas con un extracto de escenas de cuentos infantiles conocidos (las podrá leer el niño o lo hacemos nosotros). Su tarea será ordenar la historia del cuento en una secuencia temporal lógica y numerarla. (1º) caperucita sale de casa; 2º) se para en el bosque; 3º) se encuentra al lobo; 4º) va a casa de su abuelita.</p>
<hr/>		
10	<b>Taller grupal</b>	<p><i>Objetivos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Favorecer la resolución pacífica de conflictos y la toma de decisiones reflexiva.</li> <li>- Generar y comparar distintas alternativas de solución a un mismo problema.</li> <li>- Promover la escucha activa, la empatía y el respeto durante la resolución conjunta de problemas.</li> </ul> <p><b>Actividad 1 “La caja de conflictos”:</b> Los niños escriben en papeles pequeños conflictos comunes (ej.: “Dos amigos quieren el mismo juguete”). Se meten en una caja y se van sacando al azar. En grupo, se generan soluciones posibles y se elige la más adecuada.</p> <p><b>Actividad 2 “Tarjetas de comportamiento”:</b> Se muestran tarjetas con acciones (ej.: hacer fila, insultar a un amigo, compartir un juguete, copiar en un examen). Los niños deben clasificarlas en “buena elección” o “mala elección” y explicar por qué.</p> <p><b>Actividad 3 “Cambiando las reglas”:</b> Se representa un conflicto (ej.: disputa por un juego). Después de la primera solución, el adulto introduce un cambio en la situación (ej. llega un nuevo niño que también quiere participar). Los niños deben adaptar su estrategia y planificar de nuevo.</p>

---

**Tabla 11**

*Cronograma por sesiones: mes 4*

<i>Sesión</i>	<i>Dominio</i>	<i>Actividades</i>
11	<i>Identificación y reconocimiento emocional</i>	<p><b>Taller de psicoeducación: Las lentes mágicas</b></p> <p><b>Actividad 1 “El universo de las emociones”:</b> Dibujamos un mapa con las distintas emociones (alegría, tristeza, miedo, enfado, asco, etc.). El menor deberá marcar cómo se siente en cada una de las situaciones descritas.</p> <p><b>Actividad 2 “Puzzle de miradas”:</b> Se presentan al menor varios recortes de ojos (miradas), que expresan algunas de las emociones básicas. El menor tendrá que identificar con qué emoción se relacionan. Tras la respuesta del niño se le presentará la imagen completa con la que se corresponde cada mirada.</p>
12	<i>Empatía</i>	<p><b>Actividad 1 “Si yo fuera el autor...”:</b> Leer un cuento conocido y pedir al niño que lo reescriba o relate desde la perspectiva de otro personaje. El menor tendrá que reconocer la emoción vivenciada por cada personaje según se describe en la historia.</p> <p><b>Actividad 2 “En tus zapatos”:</b> Representar escenas cotidianas (una discusión, alguien que se siente excluido, alguien que recibe ayuda). Luego reflexionar sobre cómo se sintieron los distintos personajes.</p>
13	<i>ToM</i>	<p><b>Actividad 1 “Falsas creencias de primer orden: lo que yo sé y lo que tú sabes”:</b> se leerán situaciones donde el niño tendrá que adivinar lo que sabe el personaje principal.</p> <p><b>Actividad 2 “Historias con finales ocultos”:</b> Leer una historia corta donde un personaje tiene una creencia falsa (ej. piensa que su juguete está en un lugar cuando en realidad no está). Pedir al niño que explique qué sabe el personaje y qué sabe él mismo, distinguiendo perspectivas.</p>
14	<i>Conocimiento y comportamiento social</i>	<p><b>Actividad 1 “La rueda de las normas sociales”:</b> Creamos un cartel con normas: saludar, respetar turnos, compartir, pedir disculpas. Ayudamos al niño a decorarlo y colocarlo en el</p>

---

espacio común. Podemos asignar a cada norma un color. Por ejemplo:

- Verde= buen comportamiento: saludar, compartir, escuchar.
- Amarillo= comportamiento dudoso (hablar alto, tocar sin permiso).
- Rojo= mal comportamiento (pegar, gritar, empujar, burlarse).

**Actividad 2 “Teatro social”:** Reflexionaremos sobre la importancia de las normas para nuestra convivencia, y valoraremos diferentes situaciones sociales con y sin normas.

---

15

### **Taller grupal**

#### *Objetivos*

- Favorecer la identificación, expresión y comprensión de emociones propias y ajenas, fortaleciendo la empatía y la autorregulación emocional.
- Promover el uso de las normas sociales adecuadas, con el fin de mejorar las relaciones interpersonales.

**Actividad 1 “Caja de las emociones”:** Una caja con tarjetas que tienen dibujada una emoción. Cada niño toma una tarjeta, identifica la emoción mostrada y recuerda una experiencia en la que sintió esa emoción y la comparte con el grupo. El resto de niños intentan ponerse en su situación y comentar si entienden su emoción, si han sentido alguna vez algo similar, etc.

**Actividad 2 “Historias encadenadas”:** se forma una historia en la que un personaje vive una situación difícil. Cada niño añade un fragmento, enfocándose en qué siente el personaje y cómo los demás podrían ayudar.

**Actividad 3 “Role-playing de normas sociales”:** se facilitan tarjetas con situaciones sociales cotidianas y los niños, apoyándose en las ruletas realizadas en la sesión 14, identificarán la norma social correcta en cada caso.

---

**Tabla 12**

*Cronograma por sesiones: mes 5*

<i>Sesión</i>	<i>Dominio</i>	<i>Actividades</i>
16	Identificación y reconocimiento emocional	<p><b>Actividad 1 “Juego de las emociones escondidas”:</b> Reconocer emociones en diferentes contextos. Se muestran tarjetas con situaciones: Por ejemplo, “Un niño recibe un regalo”; “Una niña pierde su juguete favorito”; “Alguien nuevo llega a la escuela”.</p> <p>El niño debe decir qué podría sentir la persona y cómo se daría cuenta de eso (mirada, gesto, palabras).</p> <p><b>Actividad 2 “Descifrando el enigma”:</b> En la actividad tendrán que reconocer la emoción, así como realizar la inferencia de, ¿porqué se sienten así? Se les presentarán diferentes imágenes de situaciones cotidianas, donde el personaje principal muestra una emoción en un contexto determinado. El menor tendrá que averiguar la emoción y plantear un posible motivo.</p>
17	<i>Empatía</i>	<p><b>Actividad 1 “Cambiando la perspectiva”:</b> Ante una misma situación (ej. un accidente escolar), los participantes describen cómo lo vivirían diferentes personas: el testigo, la víctima, el profesor, un amigo.</p> <p><b>Actividad 2 “¿Cómo se siente mi...?”:</b> Durante una semana, observar a las personas de alrededor (compañeros, familia, desconocidos) e imaginar qué pueden estar sintiendo según sus gestos o acciones. Luego se reflexionará en grupo.</p>
18	<i>ToM</i>	<p><b>Actividad 1 “Falsas creencias”:</b> Implica que el niño comprenda que otra persona tiene una creencia o pensamiento sobre el pensamiento de otra persona</p> <p>Por ejemplo: El papá de Luis le deja una caja vacía, pero le dice que hay un conejo dentro. Luis deja la caja encima de un armario mientras juega con su amigo. En ese momento, se mete un gato dentro de la caja. Cuando el papá vuelve, ve que la caja se está moviendo, ¿esperaba el papá que la caja se moviera?; ¿y Luis?</p>

---

		<p><b>Actividad 2 “Historias extrañas”:</b> (mentiras e ironías): se utilizará la adaptación de algunas de las historias extrañas de Happe para el trabajo durante la sesión.</p>
19	<p><i>Conocimiento y comportamiento social</i></p>	<p><b>Actividad 1 “Teatro en la tienda/restaurante/parque/recreo”:</b> Se representarán diferentes escenas (ej.: un niño es cliente y otro es vendedor/mesero. Practicar pedir algo con cortesía (“por favor”, “gracias”). Simular que un niño quiere unirse al juego de otros. Ensayar frases adecuadas: “¿Puedo jugar con ustedes?”, en lugar, de interrumpir o quitar juguetes.</p> <p><b>Actividad 2 “¿Porque metió la pata?”:</b> Se presentan diferentes historias donde el personaje principal, «mete la pata» en alguna de sus interacciones sociales. El menor tiene que identificar el error y reflexionar sobre sus consecuencias.</p>
20	<p><b>Taller grupal</b></p> <p><i>Objetivos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollar la comprensión emocional y la empatía, en situaciones cotidianas.</li> <li>- Facilitar habilidades de expresión emocional entre iguales.</li> <li>- Promover el desarrollo de la teoría de la mente, como elemento facilitador de las relaciones con los demás.</li> </ul> <p><b>Actividad 1 “El espejo emocional”</b></p> <p>Por parejas: uno expresa una emoción con el rostro y el cuerpo, el otro la imita y luego intenta ponerle nombre. Después se comparte una experiencia real en la que hayan sentido esa emoción.</p> <p><b>Actividad 2 “Tarjetas sorpresa”:</b> cada tarjeta tiene una situación social y los niños deben identificar el comportamiento adecuado para cada una de ellas (el cumpleaños de un amigo, hacer una fila, comer en un restaurante, romper un jarrón en casa de un amigo, etc.). Los niños deben identificar el comportamiento social correcto y actuar la escena mostrándolo al resto.</p> <p><b>Actividad 3 “Teatro de la mente”:</b> esconder un objeto y dar pistas falsas o verdaderas; los niños deben deducir qué sabe cada jugador y quién puede estar equivocado.</p>	

---

En Anexos, se presentará el desarrollo de todas las sesiones individuales de cada bloque. Por otro lado, para la consecución del programa, serán necesario una serie de recursos y materiales que se exponen a continuación:

### Tabla 13

#### *Recursos y materiales*

---

Recursos intervención

---

**Recursos humanos:** Neuropsicólogo clínico especialista en TCE infantil. Colaboración de docente (seguimiento escolar) y familia (generalización de habilidades).

**Recursos materiales:** Material de evaluación (baterías, escalas, cuestionarios, registro de observación, etc.). Material de intervención: fichas, juegos, tarjetas, imágenes, vídeos, cuentos, etc.

**Recursos logísticos:** Espacio físico, equipamiento y acceso a la tecnología.

**Recursos financieros:** Retribución del personal, licencias de software, adquisición de materiales.

---

## 4. Limitaciones y fortalezas

Entre las limitaciones encontradas en la propuesta se destacan, en primer lugar, las relacionadas con la metodología. Se ha tratado de realizar una propuesta que abarque a cualquier paciente con DCA y que, como consecuencia de una afectación frontal, haya visto mermada su capacidad de relacionarse socialmente. Sin embargo, esto podría convertirse en una de las principales limitaciones ya que en este gran grupo podemos encontrar una gran heterogeneidad del daño cerebral, tanto en su localización, extensión, severidad, etc. Por lo que sería necesario, tras la evaluación inicial, personalizar al máximo nuestra intervención.

Por otro lado, en población infantil existen pocos estudios de evaluación disponibles y, aunque en líneas generales se desprenden resultados positivos de la intervención, la mayoría están sustentados en estudios de caso, lo que hace necesario una mayor investigación al respecto. Del mismo modo, tras la revisión de la literatura, se observa que la intervención en el ámbito de la cognición social aún es limitada y poco sistematizada, lo que resalta la necesidad de diseñar programas específicos orientados a este componente.

Otra de las posibles limitaciones para destacar, sería la limitada capacidad de transferencia de las mejoras realizadas en el contexto terapéutico al contexto cotidiano del menor. Es por ello, que se hace necesaria la participación de colegio y familia, con el fin de desarrollar estrategias que nos ayuden a generalizar los aprendizajes a su día a día.

Por último, como limitación práctica podemos destacar las posibles dificultades de acceso a los recursos que disponen algunas familias. Entendiendo que, si el programa se realiza desde un centro privado, tendría un coste que quizás algunas familias no podrían asumir. Del mismo modo, al tratarse de un programa que requiere un tratamiento prolongado en el tiempo, otra posible limitación podría ser la adherencia al mismo por parte del menor y la familia, que podría fluctuar y afectar a la continuidad del programa.

Como principal fortaleza, destacar que el presente programa ayuda al desarrollo de una rehabilitación neuropsicológica más integral, que complementa las terapias en otras áreas (por ejemplo, motora o del lenguaje) mediante un trabajo específico en cognición social (empatía, ToM, reconocimiento de emociones, etc.) apoyado en el fortalecimiento de las FFEE. Por tanto, se constituye como una vía de trabajo innovadora para aquellos profesionales que desarrollan su trabajo diario con población infantil que ha sufrido un daño cerebral y presentan, entre otras posibles limitaciones, dificultades en sus relaciones sociales, a consecuencia de las limitaciones encontradas en su capacidad para resolver problemas de carácter social, para regular su comportamiento en situaciones sociales o en sus habilidades de mentalización.

La mejora de estas capacidades podrá suponer un factor preventivo frente a trastornos secundarios derivados de las dificultades relacionales de los menores y, por tanto, ser útil para la prevención de trastornos de conducta, ansiedad o depresión, asociados a las dificultades en la regulación emocional y las habilidades sociales de los menores.

## **5. Aplicaciones futuras**

Desde un punto de vista clínico, el presente programa puede constituir una estrategia de rehabilitación para aquellos menores que han sufrido un daño cerebral, se encuentran en fase subaguda o crónica y han visto disminuida su competencia social. Bien porque la lesión tuvo lugar durante periodo crítico en la formación de las estructuras cerebrales que subyacen a su formación o bien porque el daño dificultó el desarrollo de las mismas. El programa ha sido diseñado para menores con TCE, que presentan dificultades ejecutivas y socio-emocionales, sin embargo, el programa podría abrirse a otro tipo de

población, que presentase déficits similares pero cuya etiología del daño fuese otra, por ejemplo, ACV, infecciones, tumores cerebrales, etc.

Por otro lado, desde un punto de vista educativo, podría ser un programa adaptable para ser llevado a cabo, de manera coordinada con la escuela o las familias. Donde se podrían implementar sesiones concretas a trabajar en el aula o en casa y así aumentar la validez ecológica del mismo, al implementarse en situaciones cercanas a la vida real del menor.

Del mismo modo, se podría implementar en etapas educativas superiores, aumentando el rango de aplicabilidad a mayores de 12 años, entendiéndose que las dificultades sociales pueden afectar de manera más llamativa a la población adolescente en el establecimiento de relaciones. Para ello sería necesario, adaptar el contenido de las actividades planteadas, para ajustarlo a las necesidades de ese grupo de edad.

Por último, se podría adaptar para ser complementario al uso de plataformas digitales especializadas (p.ej.: NeuronUp) o la realidad virtual, adaptando las actividades planteadas y permitiendo que el menor pueda practicar habilidades de reconocimiento emocional, toma de decisiones o resolución de conflictos.

## **6. Conclusiones**

El objetivo principal del presente TFM ha sido diseñar una propuesta de intervención en neurorrehabilitación infantil para mejorar la cognición social en pacientes que han sufrido un daño cerebral traumático, mediante el desarrollo de las FFEE. Para ello, se presenta el diseño de un programa de rehabilitación infantil, compuesto por 20 sesiones, tanto individuales como grupales, para menores de entre 6 y 12 años que hayan sufrido un traumatismo craneoencefálico moderado o grave, y se encuentran en la fase subaguda o crónica de la enfermedad.

El desarrollo de un programa de estas características se ha presentado como una herramienta fundamental para favorecer la recuperación y el desarrollo integral de estos menores. A través de una intervención estructurada, basada en la evidencia científica y personalizada a las necesidades de este grupo de pacientes, se ha buscado potenciar los procesos cognitivos y socio-emocionales que pueden verse comprometidos tras el daño cerebral. Los posibles resultados positivos tras una evaluación sistemática, nos permitirán conocer la eficacia y aplicabilidad del programa para la mejora de las FFEE (flexibilidad cognitiva, control inhibitorio, planificación, resolución de problemas, autorregulación y razonamiento) y la cognición social (identificación y reconocimiento emocional, empatía, ToM y comportamiento social) en este tipo de población infantil. Se espera, a su vez, que estas mejoras no solo repercutan en el desempeño académico

de menor sino también en su conducta, favoreciendo adaptación al entorno escolar y social y, por tanto, su bienestar y calidad de vida.

Como segundo objetivo de trabajo, se planteó la realización de una revisión del estado actual de la neurorrehabilitación infantil en el daño cerebral adquirido. Este objetivo buscaba analizar en profundidad los avances, enfoques terapéuticos, y las líneas de intervención que se aplican en la actualidad con menores que ha sufrido una lesión cerebral. En base a la literatura revisada, se concluye que la neurorrehabilitación del DCA infantil ha avanzado de manera significativa en las últimas décadas, pasando de modelos de intervención centrados en los aspectos motores a modelos más integrales que incorporan los aspectos cognitivos, conductuales, socio-emocionales y funcionales desde un enfoque transdisciplinar (Muñoz et al., 2017), evidenciando la importancia de la interacción entre ellos durante el proceso de rehabilitación.

El tercer objetivo de este trabajo fue analizar las principales manifestaciones cognitivas y socio-emocionales tras el DCA infantil. Este análisis pretendía evidenciar cómo las alteraciones derivadas del traumatismo afectan al desarrollo integral del menor y a su funcionamiento cotidiano en los distintos contextos de su vida. La literatura revisada muestra que tras el daño, aparecen limitaciones en el funcionamiento ejecutivo, el cual se encuentra en proceso de desarrollo en pacientes en esta edad (Enseñat et al., 2015), siendo especialmente vulnerables ante una lesión. De este modo, los menores con daño cerebral traumático presentan afectaciones en la planificación, control inhibitorio, resolución de problemas, razonamiento, autorregulación que, a su vez, repercuten negativamente en su adaptación escolar, familiar y social (Varas-Arias y Rodríguez-Palero, 2017). La afectación ejecutiva se ve agravada con las dificultades en el establecimiento de relaciones sociales adecuadas. La investigación sobre cognición social en menores con TCE, evidencia que presentan dificultades para el reconocimiento de las emociones, en su capacidad para comunicarse en diferentes entornos, y para la búsqueda de soluciones efectivas ante dilemas sociales (Anderson et al., 2013). Así mismo, se ha evidenciado que estos menores presentan limitaciones en la toma de perspectiva social, adoptando estrategias poco cooperativas en situaciones donde deberían colaborar con sus compañeros (Hanten et al., 2008).

Como cuarto objetivo del trabajo, se propuso la necesidad de evidenciar la estrecha relación entre las FFE y la cognición social. Este objetivo surgió del reconocimiento de que ambas dimensiones cognitivas están profundamente interrelacionadas y resultan esenciales en el funcionamiento adaptativo del ser humano, especialmente durante la infancia, etapa en la que ambos sistemas se encuentran en pleno desarrollo (Díaz y Guevara, 2016; Olhaberry y Sieverson, 2022). Algunos estudios han mostrado como un correcto funcionamiento ejecutivo, constituye la base sobre la cual se desarrollan habilidades complejas de la cognición social como la empatía, la toma de perspectiva, la ToM, la resolución de problemas sociales y la regulación del comportamiento (Moriguchi, 2014). Dicho de otro modo, la capacidad para comprender los estados mentales y emocionales de los otros, adaptar nuestro comportamiento social y actuar de

manera empática ante los conflictos sociales depende, en gran medida, del control cognitivo y la autorregulación que brindan las FFEE. Esto se debe a que ambos dominios comparten bases neuroanatómicas comunes, localizadas principalmente en la corteza prefrontal orbitofrontal. Por ello, cuando se produce un daño cerebral como un TCE, y una lesión en esta zona, se generan alteraciones paralelas en ambos dominios, manifestándose las dificultades para mantener relaciones sociales satisfactorias y adaptativas. Dicha vinculación refuerza la importancia de diseñar intervenciones integrales que atiendan simultáneamente a la rehabilitación de las FFEE y la cognición social, con el fin de favorecer la recuperación funcional de estos pacientes.

En este sentido, la presente propuesta ha buscado elaborar un conjunto estructurado de actividades orientadas al fortalecimiento y recuperación de las FFEE y la cognición social en pacientes menores con TCE. En concreto, el programa se ha dividido en dos bloques independientes, aunque integrados, basados en programas existentes de documentada eficacia, el programa de rehabilitación de Von Cramon y Von Cramon (1991; 1992) y el programa *T-SceMO* (Westerhof-Evers et al., 2017; 2019). Inspirado en ellos, así como en las limitaciones encontradas en la literatura, el programa ha profundizado en la rehabilitación de la flexibilidad cognitiva, control inhibitorio, la autorregulación, la planificación y la resolución de problemas, el razonamiento social, la identificación y comprensión emocional, la empatía, la ToM, y el conocimiento y comportamiento social.

A su vez, el programa se ha basado en los principios de la rehabilitación neuropsicológica infantil, teniendo en consideración la plasticidad cerebral, la edad evolutiva del menor y la naturaleza de las secuelas tras el daño. Para ello, se han diseñado actividades que podrían adaptarse a las características de cada menor, para favorecer una intervención personalizada, incluyendo en el proceso a familia y escuela, con el fin de crear un programa desde un enfoque transdisciplinar.

En resumen, la propuesta de intervención diseñada se constituye como una herramienta innovadora y necesaria, al situar el desarrollo de las FFEE como vía para potenciar la cognición social. Este enfoque favorece no solo la rehabilitación cognitiva, sino también el bienestar de los menores y sus familias, al promover una mayor autonomía, mejor manejo emocional y el fortalecimiento de sus vínculos sociales.

## 7. Referencias bibliográficas

- Aboulafia-Brakha, T., Christe, B., Martory, M. D. y Annoni, J. M. (2011). Theory of mind tasks and executive functions: a systematic review of group studies in neurology. *Journal of Neuropsychology*, 5(1), 39-55. <https://doi.org/10.22024/UniKent/01.02.87222>
- Adolphs R. (2001). The neurobiology of social cognition. *Current Opinion in Neurobiology*, 11, 231-239. [https://doi.org/10.1016/S0959-4388\(00\)00202-6](https://doi.org/10.1016/S0959-4388(00)00202-6)
- Anderson, P. (2002). Assessment and development of executive function (EF) during childhood. *Child neuropsychology*, 8(2), 71-82. <https://doi.org/10.1076/chin.8.2.71.8724>
- Anderson, V., Beauchamp, M.H., Yeates, K.O., Crossley, L., Hearps, S.J.C. y Catroppa, C. (2013). Social Competence at 6 Months Following Childhood Traumatic Brain Injury. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 19(5), 539-550. <https://doi.org/10.1017/S1355617712001543>
- Apperly, I. A., Samson, D. y Humphreys, G. W. (2009). Studies of adults can inform accounts of theory of mind development. *Developmental psychology*, 45(1), 190–201. <https://doi.org/10.1037/a0014098>.
- Arnedo, M., Montes, A., Bembibre, J. y Triviño, M. (2015). *Neuropsicología infantil: A través de casos clínicos*. Médica Panamericana.
- Badarneh, M., Arbel, R. y Ziv, Y. (2024). Executive functions and social cognition from early childhood to pre-adolescence: A systematic review. *Developmental Review*, 72, 101167. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2024.101167>.
- Blázquez, J., Muñoz, E., Galparsoro, N., González, B., Lubrini, G., Periañez, J. A., Ríos, M., Sánchez, I., Tirapú, J. y Zulaica, A. (2009). *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica*. UOC.
- Barendse, E. M., Hendriks, M. P., Jansen, J. F., Backes, W. H., Hofman, P. A., Thoonen, G., Kessels, R.P. y Aldenkamp, A. P. (2013). Working memory deficits in high-functioning adolescents with autism spectrum disorders: neuropsychological and neuroimaging correlates. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 5(1), 14. <https://doi.org/10.1186/1866-1955-5-14>
- Baron-Cohen, S., O’Riordan, M., Jones, R., Stone, V.E. y Plaisted, K. (1999). A new test of social sensitivity: Detection of faux pas in normal children and children with Asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29, 407-418. <https://doi.org/10.1023/A:1023035012436>
- Beauchamp, M. H., y Anderson, V. (2013). Cognitive and psychopathological sequelae of pediatric traumatic brain injury. *Handbook of clinical neurology*, 112, 913–920. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-52910-7.00013-1>
- Cano de la Cuerda, R. y Collado, S. (2012). *Métodos específicos de valoración y tratamiento*. Editorial Médica Panamericana.
- Cámara Barrio, S., Esteso Orduña, B., Vara Arias, M. T., Rodríguez Palero, S. y Fournier del Castillo, M. C.

- (2023). Abordaje neuropsicológico en una unidad pediátrica de daño cerebral adquirido del sistema público de salud. *Neurología*, 38(1), 8–15. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2020.04.019>
- Chung, C., Pollock, A., Campbell, T., Durward, B. y Hagen, S. (2013). Cognitive Rehabilitation for Executive Dysfunction in Adults With Stroke or Other Adult Nonprogressive Acquired Brain Damage. *Stroke*, 44, e77–e78. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008391.pub2>.
- Collette, F., Hogge, M., Salmon, E. y van der Linden, M. (2006). Exploration of the neural substrates of executive functioning by functional neuroimaging. *Neuroscience*, 139, 209-221. [doi: 10.1016/j.neuroscience.2005.05.035](https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2005.05.035).
- Cotter, J., Granger, K., Backx, R., Hobbs, M., Looi, C. y Barnett, J. H. (2018). Social cognitive dysfunction as a clinical marker: A systematic review of meta-analyses across 30 clinical conditions. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 84, 92-99. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.11.014>
- Damasio, A.R. (1998). The somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex. In Roberts, A.C., Robbins, T.W. y Weiskrantz L. (Eds.), *The prefrontal cortex: executive and cognitive functions* (pp. 36-50). Oxford University Press.
- Delgado-Mejía, I.D. y Etchepareborda, M.C. (2013). Trastornos de las funciones ejecutivas. Diagnóstico y tratamiento. *Revista de Neurología*, 57 (1), 95-103.
- Devine, R. T. y Hughes, C. (2014). Relations Between False Belief Understanding and Executive Function in Early Childhood: A Meta-Analysis. *Child Development*, 85(5), 1777-1794. <https://doi.org/10.1111/cdev.12237>
- Díaz, M. y Guevara, P. (2016). Desarrollo de las Funciones Ejecutivas durante la primera infancia y su afectación ante un Traumatismo Craneoencefálico. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 11(2), 40-44. [DOI: 10.5839/rcnp.2016.11.02.07](https://doi.org/10.5839/rcnp.2016.11.02.07)
- Enseñat, A., Roig, T. y Garcia, A. (2015). *Neuropsicología pediátrica*. Síntesis.
- Etchepare, A. y Prouteau, A. (2018). Toward a Two-Dimensional Model of Social Cognition in Clinical Neuropsychology: A Systematic Review of Factor Structure Studies. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 24(4), 391-404. <https://doi.org/10.1017/S1355617717001163>
- Ewing-Cobbs, L., Barnes, M., Fletcher, J. M., Levin, H. S., Swank, P. R. y Song, J. (2004). Modeling of Longitudinal Academic Achievement Scores After Pediatric Traumatic Brain Injury. *Developmental Neuropsychology*, 25(12), 107–133. <https://doi.org/10.1080/87565641.2004.9651924>
- Frith C. D. (2008). Social cognition. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 363 (1499), 2033–2039. <https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0005>
- Galland, A., Morin, V. y Orliaguet, G. (2024). Traumatismo craneoencefálico del niño. *EMC - Anestesia-Reanimación*, 50(3), 1–16. [https://doi.org/10.1016/S1280-4703\(24\)49273-6](https://doi.org/10.1016/S1280-4703(24)49273-6)
- Ganesalingam, K., Yeates, K., Yeates, K., Taylor, H., Walz, N., Stancin, T. y Wade, S. (2011). Executive functions and social competence in young children 6 months following traumatic brain

- injury. *Neuropsychology*, 25 (4), 466-76. <https://doi.org/10.1037/a0022768>.
- Gioia, G., Isquith, P., Guy, S. C. y Kenworthy, L. (2000). Behavior rating inventory of executive function. *Child Neuropsychology*, 6(3), 235–238. <https://doi.org/10.1076/chin.6.3.235.3152>
- Gómez-Tabares, A. S. (2022). Asociación entre las funciones ejecutivas y la teoría de la mente en niños: Evidencia empírica e implicaciones teóricas. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 9(3), 19-35. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2022.09.3.2>
- Hanten, G., Wilde, E. A., Menefee, D. S., Li, X., Lane, S., Vasquez, C., Chu, Z., Ramos, M. A., Yallampalli, R., Swank, P., Chapman, S. B., Gamino, J., Hunter, J. V. y Levin, H. S. (2008). Correlates of social problem solving during the first year after traumatic brain injury in children. *Neuropsychology*, 22(3), 357–370. <https://doi.org/10.1037/0894-4105.22.3.357>
- Henry, J., von Hippel, W., Molenberghs, P., Lee, T. y Perminder, S. (2016). Clinical assessment of social cognitive function in neurological disorders. *Nature Reviews Neurology*, 12, 28–39. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2015.229>
- Hutchins, T.L. y Prelock, P.A. (2010). Technical manual for the theory of mind task battery. Unpublished Manuscript. Available at <https://www.theoryofmindinventory.com/>
- Jones, D. y Graff-Radford, J. (2021). Executive Dysfunction and the Prefrontal Cortex. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 27, 1586 - 1601. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000001009>.
- Janusz, J. A., Kirkwood, M. W., Yeates, K. O. y Taylor, H. G. (2002). Social Problem-Solving Skills in Children with Traumatic Brain Injury: Long-Term Outcomes and Prediction of Social Competence. *Child Neuropsychology*, 8(3), 179–194. <https://doi.org/10.1076/chin.8.3.179.13499>
- Junqué, C. (2008). Valoración del daño axonal difuso en los traumatismos cráneo-encefálicos. *Escritos de Psicología*, 2(1), 54-64.
- Kolb, B. y Wishaw, I. (2015). *Fundamentals of human neuropsychology*. Worth publishers, 7th edition.
- León-Sarmiento, F., Bayona, E. y Bayona, J. (2009). Neurorehabilitation an other revolution of XX1st century. *Acta Médica Colombiana*, 34(2), 88-92.
- Lewis, C. y Carpendale, J. (2009). Introduction: Links between social interaction and executive function. *New directions for child and adolescent development*, 123, 1-15. <https://doi.org/10.1002/cd.232>.
- Lewis, J.K., Morris, M.K., Morris, R.D., Krawiecki, N. y Foster, M.A. (2000). Social Problem Solving in Children with Acquired Brain Injuries. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 15 (3), 930-942. [doi: 10.1097/00001199-200006000-00006](https://doi.org/10.1097/00001199-200006000-00006)
- Lezak, M.D. (1983). *Neuropsychological Assessment*. Oxford University Press.
- Lieberman, M. (2007). Social cognitive neuroscience: a review of core processes. *Annual Review of Psychology*, 58, 259-289. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085654>
- López-Carrilero, R., Lo Monaco, M., Frigola-Capell, E., Ferrer-Quintero, M., Díaz-Cutraró, L., Verdaguer-Rodríguez, M., García-Mieres, H., Vila-Badia, R., Punsoda, P., Birulés, I., Peláez, T., Pousa, E., Grasa, E., Barajas, A., Ruiz-Delgado, I., Barrigón, M., González-Higueras, F., Lorente-Rovira, E., Gutiérrez-

- Zotes, A., Cid, J., Legido, T., Ayesa, R., Moritz, S. y Ochoa, S. (2024). Cognitive insights in first-episode psychosis: exploring the complex relationship between executive functions and social cognition. *Spanish journal of psychiatry and mental health*, 17(3), 160-167. <https://doi.org/10.1016/j.sjpmh.2024.01.002>.
- López de Arróyabe Castillo, E. y Calvete Zumalde, E. (2013). Daño cerebral adquirido: percepción del familiar de las secuelas y su malestar psicológico. *Clínica y Salud*, 24(1), 27-35. <https://dx.doi.org/10.5093/cl2013a4>
- Manly, T., y Murphy, F. (2012). Rehabilitation of executive function and social cognition impairments after brain injury. *Current opinion in neurology*, 25 (6), 656-661. <https://doi.org/10.1097/WCO.0b013e3283594872>.
- Miranda, A., Berenguer, C., Roselló, B., Baixauli, I. y Colomer, C. (2017). Social Cognition in Children with High-Functioning Autism Spectrum Disorder and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Associations with Executive Functions. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01035>.
- Mitchell, R.L. y Phillips, L.H. (2015). The overlapping relationship between emotion perception and theory of mind. *Neuropsychologia*, 70, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2015.02.018>
- Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A. y Wager, T. D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex “frontal lobe” tasks: A latent variable analysis. *Cognitive psychology*, 41(1), 49-100. <https://doi.org/10.1006/cogp.1999.0734>
- Moriguchi, Y. (2014). The early development of executive function and its relation to social interaction: a brief review. *Frontiers in Psychology*, 5. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00388>.
- Muñoz, E., de Noreña, D. y Sanz, A. (2017). *Neuropsicología del daño cerebral adquirido. Traumatismos craneoencefálicos, accidentes cerebrovasculares y tumores del sistema nervioso central*. Editorial UOC.
- Muscara, F., Catroppa, C., Eren, S. y Anderson, V. (2009). The impact of injury severity on long-term social outcome following paediatric traumatic brain injury. *Neuropsychological rehabilitation*, 19(4), 541–561. <https://doi.org/10.1080/09602010802365223>
- Noé, E., Gómez, A., Bernabeu, M., Quemada, I., Rodríguez, R., Pérez, T., López, C., Laxe, S., Colomer, C., Ríos, M., Juárez-Belaúnde, A., González, C., Pelayo, R. y Ferri, J. (2024). Guía: Principios básicos de la neurorrehabilitación del paciente con daño cerebral adquirido. Recomendaciones de la Sociedad Española de Neurorrehabilitación. *Neurología*, 39(3), 261–281. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2021.06.009>
- Nowicki, S. J. y Carton, J. (1993). The measurement of emotional intensity from facial expressions. *Journal of Social Psychology*, 133, 749-750. <https://doi.org/10.1080/00224545.1993.9713934>

- Olhaberry, M. y Sieverson, C. (2022). Desarrollo socio-emocional temprano y regulación emocional. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 33(4), 358–366. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2022.06.002>
- Ouerchefani, R., Ouerchefani, N., Rejeb, M. y Gall, D. (2025). Relationship Between Cognitive Estimation, Executive Functions, and Theory of Mind in Patients With Prefrontal Cortex Damage. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 40(4), 744–766. <https://doi.org/10.1093/arclin/aca109>.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Petranovich, C. L., Smith-Paine, J., Wade, S. L., Yeates, K. O., Taylor, H. G., Stancin, T. y Kurowski, B. G. (2020). From Early Childhood to Adolescence: Lessons About Traumatic Brain Injury From the Ohio Head Injury Outcomes Study. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 35(3), 226–239. <https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000555>
- Pineda, D. (2000). La Función ejecutiva y sus Trastornos. *Revista de Neurología* 30, 764-768.
- Portellano Pérez, J. A., Martínez Arias, R. y Zumárraga Astorqui, L. (2009). *Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños. Manual ENFEN*. TEA Ediciones, S.A.
- Prigatano, G. P. y Gray, J. A. (2007). Parental concerns and distress after paediatric traumatic brain injury: A qualitative study. *Brain Injury*, 21(7), 721–729. <https://doi.org/10.1080/02699050701481605>
- Reynolds, C.R. y Kamphaus, R.W. (2004). *Sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes (BASC)*. TEA Ediciones.
- Rodríguez-Rajo, P., Leno Colorado, D., Enseñat-Cantalops, A. y García-Molina, A. (2022). Rehabilitación de la cognición social en el traumatismo craneoencefálico: Una revisión sistemática. *Neurología*, 37(10), 767–780. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2018.07.003>
- Rosema, S., Crowe, L. y Anderson, V. (2012). Social function in children and adolescents after traumatic brain injury: a systematic review 1989-2011. *Journal of neurotrauma*, 29(7), 1277–1291. <https://doi.org/10.1089/neu.2011.2144>
- Ruiz-Gutiérrez, J., Arias-Sánchez, S. y Martín-Monzón, I. (2020). Neuropsychology of executive functions in patients with focal lesion in the prefrontal cortex: A systematic review. *Brain and Cognition*, 146. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2020.105633>.
- Ryan, N. P., Catroppa, C., Beare, R., Silk, T. J., Hearps, S. J., Beauchamp, M. H., Yeates, K.O. y Anderson, V. A. (2017). Uncovering the neuroanatomical correlates of cognitive, affective and conative theory of mind in paediatric traumatic brain injury: a neural systems perspective. *Social cognitive and affective neuroscience*, 12(9), 1414-1427. <https://doi.org/10.1093/scan/nsx066>
- Sans, A., Colomé, R., López, A. y Boix, C. (2009). Aspectos neuropsicológicos del daño cerebral difuso

- adquirido en la edad pediátrica. *Revista de Neurología*, 48(Suppl 2), 23-26. <https://doi.org/10.33588/rn.48S02.2009016>
- Santos, T., De Carvalho, R., Nogueira, M., Baptista, M., Kimura, N., Lacerda, I. y Dourado, M. (2020). The Relationship between Social Cognition and Executive Functions in Alzheimer's Disease: A Systematic Review. *Current Alzheimer research*, 17(5), 487-497. <https://doi.org/10.2174/1567205017666200626205154>.
- Schulte, M., Trujillo, N., Rodriguez-Villagra, O., Salas, N., Ibáñez, A., Carriedo, N. y Huepe, D. (2022). The role of executive functions, social cognition and intelligence in predicting social adaptation of vulnerable populations. *Scientific Reports*, 12. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-21985-9>.
- Suárez-Yepes, N., Quiroz-Molinares, N., Monachello-Fuentes, F.M. y De-los-Reyes-Aragón, C.J. (2016). Rehabilitación neuropsicológica infantil: de la teoría a la práctica clínica. *Archivos de Medicina*, 16, 455-466.
- Taylor, S., Barker, L., Heavey, L. y McHale, S. (2013). The typical developmental trajectory of social and executive functions in late adolescence and early adulthood. *Developmental psychology*, 49 (7), 1253-1265. <https://doi.org/10.1037/a0029871>.
- Thurstone, L. y Yela, M. (2012). *CARAS-R. Test de Percepción de Diferencias – Revisado*. TEA Ediciones.
- Tirapú-Ustarróz, G. Pérez-Sayes, M. Erekatxo-Bilbao, C. Pelegrín-Valero. (2007). What is theory of mind?. *Revista de Neurología*, 44(8), 479–489. <https://doi.org/10.33588/rn.4408.2006295>
- Toplak, M. E., Bucciarelli, S. M., Jain, U. y Tannock, R. (2009). Executive Functions: Performance-Based Measures and the Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF) in Adolescents with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD). *Child Neuropsychology*, 15(1), 53–72. <https://doi.org/10.1080/09297040802070929>
- Varas-Arias M.T. y Rodríguez-Palero S. (2017). Tratamiento rehabilitador en el paciente infantojuvenil con daño cerebral adquirido. *Revista de Neurología*, 64 (Supl 3): S1-S7.
- Von Cramon D. y Von Cramon G. (1991). Problem solving deficit in brain injured patients: A therapeutic approach. *Neuropsychological Rehabilitation*, 1, 45-64.
- Von Cramon D. y Von Cramon G. (1992). Reflections on the treatment of brain injured patients suffering from problem-solving disorders. *Neuropsychological Rehabilitation*, 2, 207-230.
- Wade S.L., Walz N.C., Cassidy A., Taylor H.G., Stancin T. y Yeates K.O. (2010). Caregiver functioning following early childhood TBI: Do moms and dads respond differently? *Neuro Rehabilitation*, 63-72, <http://dx.doi.org/10.3233/NRE-2010-0581>
- Wade, M., Prime, H., Jenkins, J. M., Yeates, K. O., Williams, T. y Lee, K. (2018). On the relation between theory of mind and executive functioning: A developmental cognitive neuroscience perspective. *Psychonomic Bulletin y Review*, 25, 2119–2140. <https://doi.org/10.3758/s13423-018-1459-0>
- Westerhof-Evers, H.J., Visser-Keizer, A.C., Fasotti, L., Schönherr, M.C., Vink, M., van der Naalt, J. y Spikman, J.M. (2017). Effectiveness of a treatment for impairments in social cognition and emotion regulation

- (T-ScEemo) after traumatic brain injury: a randomized controlled trial. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 32, 296-307. <http://dx.doi.org/10.1097/HTR.0000000000000332>.
- Westerhof-Evers, H. J., Visser-Keizer, A. C., Fasotti, L. y Spikman, J. M. (2019). Social cognition and emotion regulation: A multifaceted treatment (T-ScEemo) for patients with traumatic brain injury. *Clinical Rehabilitation*, 33(5), 820–833. <https://doi.org/10.1177/026921551982980>
- Yeates, G., Rowberry, M., Dunne, S., Goshawk, M., Mahadevan, M., Tyerman, R., Salter, M., Hillier, M., Berry, A. y Tyerman, A. (2016). Social cognition and executive functioning predictors of supervisors' appraisal of interpersonal behaviour in the workplace following acquired brain injury. *NeuroRehabilitation*, 38(3), 299–310. <https://doi.org/10.3233/NRE-161321>



**8. Anexos**

**Anexo 1**

*Desarrollo de sesiones individuales*

Sesión 1
<p><i>Objetivos</i></p> <p>Dar la bienvenida al programa a los menores y sus familias.          Crear un clima de confianza.          Introducir de manera lúdica el concepto de funciones ejecutivas como «super poderes del cerebro».          Enseñar una herramienta práctica de autorregulación «el semáforo».          Estimular la flexibilidad cognitiva mediante la realización del dibujo «un giro inesperado».</p>
Tiempo: 1 hora
<p><i>Espacios y recursos</i></p> <p>Aula espaciosa con proyector y ordenador.          Tarjetas para elaborar el semáforo          Material fungible: Folios, lápices, rotuladores, cartulinas, pegamento, etc.          Material no fungible: Tijeras, sillas, mesas, etc.</p>
<p><i>Desarrollo de la sesión</i></p> <p>a) <b>Bienvenida y presentación</b> (5 minutos). Se realizará de manera grupal con todos los menores y familiares adheridos al programa. Se realizará una breve explicación del objetivo del programa y nos presentaremos.</p> <p>b) <b>Taller de psicoeducación: Los superpoderes ejecutivos</b> (20 minutos): Explicación breve y adaptada: “En nuestro cerebro tenemos unos superpoderes que nos ayudan a organizarnos, controlar los impulsos, pensar antes de actuar y llevarnos mejor con los demás.” Se relacionará cada función ejecutiva con un “superpoder”. Se podrá usar un póster con dibujos de superhéroes para hacerlo más visual.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Control inhibitorio = el superpoder de pausar.</li> <li>- Memoria de trabajo = el superpoder de recordar y organizar.</li> <li>- Flexibilidad cognitiva = el superpoder de cambiar y adaptarse.</li> <li>- Resolución de problemas= el superpoder de encontrar la mejor solución.</li> </ul> <p>Se reflexionará en conjunto sobre el superpoder que cada uno tiene o cuál cree que le gustaría tener.</p> <p>c) <b>Actividad 1 «Semáforo de respuestas»</b> (15 minutos): Cada niño con su familiar, elaborará un semáforo con cartulinas. El recurso elaborado podrá llevarse a casa para utilizar en el contexto familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rojo = Parar y pensar antes de actuar.</li> </ul>

- Amarillo = Considerar las posibles opciones.

- Verde = Actuar de manera adecuada.

Se pondrán diferentes situaciones sociales, para las que tendremos que ir pasando por los tres colores, por ejemplo: «Un compañero no me presta un lápiz».

d) **Actividad 2 «Un giro inesperado»** (15 minutos): El niño empezará dibujando algo sencillo (una casa, un árbol, una persona). A mitad del dibujo, se introducirá un cambio: “Ahora conviértelo en un monstruo / castillo / cohete / algo que vuele.” Los cambios se realizarán en varias ocasiones y los menores podrán ser ayudados por su familiar. Tras la realización del dibujo se reflexionará sobre la dificultad de la tarea y su similitud con situaciones de la vida cotidiana.

e) **Cierre** (5 minutos): Se recogerán las producciones de los menores y se reforzará positivamente el esfuerzo realizado. Anticiparemos para la siguiente sesión «seguiremos trabajando en nuevos super poderes».

## Sesión 2

### Objetivos

Favocer el uso de estrategias de autorregulación emocional y conductual.

Promover la toma de conciencia sobre los impulsos y emociones propias.

Enseñar estrategias de regulación fisiológica, que favorezcan la vuelta la calma y el control emocional.

Tiempo: 45 minutos

### Espacios y recursos

Aula/despacho con ordenador.

Fichas para elaborar el diario de autocontrol.

Libro infantil: Castel-Branco, I. (2015). *Respira*. Fragmenta Editorial, SL.

Globos

Música suave o relajante.

Material fungible: Folios, lápices, rotuladores, cartilunas, pegamento, etc.

Material no fugible: Tijeras, sillas, mesas, etc.

### Desarrollo de la sesión

a) **Bienvenida y contextualización** (5 minutos). Se realizará una breve explicación del objetivo de la sesión.

b) **Actividad 1 «Diario de autocontrol»** (20 minutos): Se realizará una reflexión con el niño sobre aquellas situaciones en las que perdemos el control. Se puede iniciar a través de una pregunta, por ejemplo: ¿alguna vez te has sentido tan enfadado que querías gritar o tirar algo? ¿qué hiciste para calmarte?; ¿alguna vez has sentido tanto miedo que te has quedado paralizado y sin poder hacer nada? ¿qué hiciste finalmente?. Se recogen las respuestas del niño y se escriben en conjunto algunas palabras clave, como: calma, control, regular, parar, respirar, etc. Posteriormente, se entregará a cada niño su ficha para elaborar su diario de autocontrol (véase en Anexo). Cada ficha recogerá la siguiente información:

- Hoy controlé mis emociones cuando...
- Cómo me sentía...
- Lo que hice para calmarme fue...
- Resultado: ¿cómo me sentí después?

Los niños podrán escribir, dibujar o utilizar pegatinas para expresar sus experiencias.

c) **Actividad 2 «Respira»** (15 minutos): Se realizará la estrategia del globo propuesta en el libro. Se indicará a los niños a inflar un globo lentamente contando del 1 al 5, observando como entra y sale el aire. Posteriormente, sin el globo, se les pedirá que realicen un ejercicio de respiración:

- Inhalar por la nariz (contando del 1 al 5).
- Mantener el aire en los pulmones durante unos segundos.
- Exhalar el aire despacio por la boca (contando del 1 al 5).

El ejercicio se podrá realizar utilizando una música suave que favorezca la relajación.

d) **Cierre** (5 minutos): Se revisará el diario de autocontrol y se animará a utilizarlo en de manera diaria para ir anotando situaciones cotidianas donde el niño ha perdido el control y ha conseguido volver a la calma. Se animará al niño a utilizar las estrategias aprendidas para relajarse.

### Sesión 3

#### Objetivos

Promover la capacidad de razonamiento social ante diferente tipos de situaciones.

Fomentar la toma de decisiones reflexiva.

Mejorar la resolución de conflictos sociales, desde el respeto y la empatía.

Tiempo: 45 minutos

*Espacios y recursos*

Aula/despacho con ordenador.

Tarjetas con dilemas sociales (escritos o ilustrados).

Tarjetas con historias incompletas (escritas o ilustradas).

Material fungible: Folios, lápices, rotuladores, cartilunas, pegamento, etc.

Material no fungible: Tijeras, sillas, mesas, etc.

*Desarrollo de la sesión*

a) **Bienvenida y contextualización** (5 minutos). Se realizará una breve explicación del objetivo de la sesión.

b) **Actividad 1 «¿Qué harías si...?»** (20 minutos): Se presentan varios dilemas sociales adaptados a la edad y características del niño. Por ejemplo:

- Si ves a un amigo que olvidó su desayuno, ¿qué harías?
- Llega un niño nuevo al cole pero no tiene amigos, ¿qué harías?

Junto al niño se valoran sus respuestas y se responderán las siguientes cuestiones:

- ¿Existe una opción mejor a la que has elegido y por qué?
- ¿Qué pasaría si eliges esa otra opción?

c) **Actividad 2 «Historias incompletas»** (15 minutos): Se presentarán varias historias incompletas. Por ejemplo:

- María estaba en clase y alguien se burló de su dibujo. Entonces María...
- Lucas quería jugar al fútbol en el recreo. Lucas se acercó a las pistas y...
- Vera y Valle estaban jugando en el patio y Vera se calló. Entonces Valle...
- Tu papá se encuentra malito y necesita un tiempo de descanso. Entonces tú...

A continuación, deben inventar cómo continúa la historia, aportando varios posibles finales. A posteriori, se ponen en común todas las posibilidades y se elige la más oportuna, priorizando la elección en aquella respuesta que facilita la relación y la comprensión del otro.

d) **Cierre** (5 minutos): Se realizará una reflexión sobre lo aprendido en la sesión y sobre su utilidad en las relaciones con los demás. Se reforzará el intento por utilizar lo aprendido ante dilemas o situaciones cotidianas.

Sesión 4
<p><i>Objetivos</i></p> <p>Favorecer el desarrollo de la capacidad de planificación y resolución de problemas en menores mediante actividades lúdicas y guiadas.</p> <p>Identificar problemas y analizar alternativas de solución.</p> <p>Elegir la opción más adecuada considerando consecuencias.</p> <p>Ejecutar un plan de acción y evaluar los resultados.</p> <p>Promover habilidades sociales y pensamiento crítico en situaciones cotidianas.</p>
Tiempo: 45 minutos
<p><i>Espacios y recursos</i></p> <p>Aula/despacho con ordenador.</p> <p>Ficha para elaborar el «mapa de pasos».</p> <p>Tarjetas con dilemas.</p> <p>Material fungible: Folios, lápices, rotuladores, cartilunas, pegamento, etc.</p> <p>Material no fungible: Tijeras, sillas, mesas, etc.</p>
<p><i>Desarrollo de la sesión</i></p> <p>a) <b>Bienvenida y contextualización</b> (5 minutos). Se realizará una breve explicación del objetivo de la sesión.</p> <p>b) <b>Actividad 1 «El mapa de pasos»</b> (20 minutos): Se realizará la presentación de la herramienta del mapa o esquema de pasos y se explicará cada uno de ellos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar el problema.</li> <li>2. Pensar en alternativas.</li> <li>3. Elegir la mejor opción.</li> <li>4. Ejecutar la acción.</li> <li>5. Evaluar resultados.</li> </ol> <p>El menor creará su propio mapa de pasos con los recursos de los que dispone, para su utilización durante las sesiones y en su día a día.</p> <p>c) <b>Actividad 2 «Historias con dilema»</b> (15 minutos): Se presentarán varias situaciones ficticias que presenten un dilema social. Por ejemplo, “Luis quiere jugar con todos sus amigos, pero solo hay un balón”. Para resolución se utilizará el mapa de pasos, que se ha creado anteriormente y se responderá a las preguntas:</p>

- ¿Cuál es el problema?
- ¿Qué opciones existen para su resolución?
- ¿Qué consecuencias tendría cada opción?
- ¿Cuál es la mejor decisión y cómo se puede llevar a cabo

d) **Cierre** (5 minutos): Se revisará el mapas de pasos y las soluciones de los dilemas. Se realizará una reflexión sobre lo aprendido en la sesión y sobre su utilidad en el colegio o en casa. Se reforzará el intento por planificar antes de actuar y de considerar consecuencias.

#### Sesión 6

##### *Objetivos*

Fomentar la flexibilidad cognitiva, adaptándose con con rapidez a nuevas consignas o normas opuestas.

Desarrollar la capacidad de inhibir respuestas automáticas, esperando la instrucción antes de continuar.

Tiempo: 45 minutos

##### *Espacios y recursos*

Aula espaciosa.

Tarjetas con dibujos o palabras de acciones (saltar, aplaudir, saludar, etc).

Reproductor de música con canciones infantiles.

Material fungible: Folios, lápices, rotuladores, cartilunas, pegamento, etc.

Material no fugible: Tijeras, sillas, mesas, etc.

##### *Desarrollo de la sesión*

a) **Bienvenida y contextualización** (5 minutos). Se realizará una breve explicación del objetivo de la sesión.

b) **Actividad 1 «Simón dice...»** (20 minutos): En primer lugar, se explicará al niño que sólo se podrá realizar la acción una vez hayamos dicho «Simón dice...». Las acciones a realizar serán: parar, aplaudir, saltar, gritar, saludar o sentarse). Cada consigna irá asociada a un color.

Se realizan varias rondas alternando las instrucciones con y sin «Simón dice». Se podrá ir añadiendo dificultad agregando un mayor número de acciones seguidas. También se podrá utilizar

música para marcar el momento en el que los niños deben moverse o detenerse. Se reforzarán aquellas acciones realizadas correctamente y se repetirán aquellas que no hayan seguido la instrucción.

c) **Actividad 2 «Los opuestos»** (15 minutos): Mostraremos al niño tarjetas con acciones y la instrucción será que debe hacer lo contrario a lo que se indica en la tarjeta. Previamente, se podrán acordar las acciones opuestas, por ejemplo:

- Aplaudir = poner las manos con las palmas abiertas hacia arriba
- Saltar = quedarse quieto
- Gritar = quedarse en silencio
- Saludar= poner las manos en la espalda
- Sentarse = saltar hacia arriba
- Parar = correr

Podrán utilizarse tarjetas con imágenes para apoyar la instrucción. Para aumentar la dificultad se podrá ir cambiando la consigna y que en ocasiones tengan que hacer la acción que indica la tarjeta y cuando la consigna cambie, tendrán que hacer la acción contraria.

d) **Cierre** (5 minutos): Se realizará una reflexión sobre lo aprendido en la sesión y sobre su utilidad en situaciones que requieren atender a instrucciones verbales, en el colegio o en casa.

## Sesión 7

### *Objetivos*

Desarrollar la autorregulación emocional, mediante el reconocimiento de las emociones y el uso de estrategias concretas para recuperar la calma.

Fomentar la conciencia emocional, ayudando al niño a reconocer en su propio cuerpo, cómo se siente y por qué.

Tiempo: 45 minutos

### *Espacios y recursos*

Aula o despacho.

Caja de cartón decorada,

Objetos «caja de la calma»: pelotas antiestrés, arena kinética, masa sensorial, pompones, botellas sensoriales, etc.

Material fungible: Folios, lápices, rotuladores, cartilunas, pegamento, etc.

Material no fugible: Tijeras, sillas, mesas, etc.

*Desarrollo de la sesión*

a) **Bienvenida y contextualización** (5 minutos). Se realizará una breve explicación del objetivo de la sesión.

b) **Actividad 1 «Caja de la calma»** (25 minutos): Se presenta al niño la caja de la calma. Se le explica su utilidad y se le anima a decorarla él mismo. También se le prestan diversos objetos que podrá meter dentro de la caja y que podrá utilizar cuando vea necesario. Podemos llevar algunos sin terminar y que sea el niño quien lo haga. Por ejemplo: la botellas sensoriales.

c) **Actividad 2 «El volcán»** (10 minutos): Para complementar la actividad anterior, se reflexionará con el niño sobre aquellas situaciones donde las emociones son muy intensas y es necesario volver a la calma, por ejemplo, cuando estamos muy enfadados. Se ayudará al niño a identificar en su cuerpo los signos de enfado: cara roja, llanto, respiración fuerte, ganas de gritar, etc...y anotaremos aquellas acciones que podemos realizar para volver a estar tranquilos, entre ellas, utilizar los objetos de la caja de la calma. También podremos recordar lo visto, en la sesión 2, sobre la importancia de la respiración.

d) **Cierre** (5 minutos): Se realizará una reflexión sobre lo aprendido en la sesión y sobre su utilidad en situaciones de nuestro día a día. Se animará al niño a elaborar su propia caja de la calma y tenerla en casa o en el colegio.

**Sesión 8**

*Objetivos*

Fomentar la capacidad de razonamiento social y la toma de decisiones adecuadas, ante conflictos sociales.

Identificar estrategias para resolver conflictos cotidianos.

Analizar y comparar las consecuencias de distintas respuestas ante un problema.

Tiempo: 45 minutos

*Espacios y recursos*

Aula o despacho.

Tarjetas con estrategias de resolución.

Láminas con imágenes de conflictos cotidianos.

Material fungible: Folios, lápices, rotuladores, cartilunas, pegamento, etc.

Material no fugible: Tijeras, sillas, mesas, etc.

*Desarrollo de la sesión*

a) **Bienvenida y contextualización** (5 minutos). Se realizará una breve explicación del objetivo de la sesión.

b) **Actividad 1 «Buscando la mejor estrategia»** (20 minutos): Se prepara una caja con tarjetas que contienen diferentes tipos de estrategias de resolución de conflictos: “Pedir ayuda a un adulto”, “Negociar”, “Turnarse”, “Ignorar”, “Escapar”, “Luchar”, “Hablar con calma”, “Alejarse un momento”, “Buscar otra actividad”, “Compartir”. Presentamos al niño un conflicto social cotidiano y le pedimos que saque una tarjeta de la caja. Junto al niño reflexionaremos si se trata de la estrategia más adecuada en ese caso y, de no ser así, se seguirán sacando tarjetas hasta encontrar la más óptima. Se podrán presentar varios conflictos, con la finalidad de comentar todas las estrategias incluidas en la caja.

c) **Actividad 2 «¿Qué final le damos?»** (15 minutos): En esta ocasión, presentaremos una situación conflictiva a la que el niño tendrá que dar un final. Para ello, podrá utilizar alguna de las estrategias vistas en la actividad anterior, inventando posibles finales: uno más impulsivo, uno pasivo y otro cooperativo. Por ejemplo: Pedro quiere subirse al columpio pero Ana está ahí.

- Estrategia impulsiva: Empujar a Ana para que se vaya.
- Estrategia pasiva: Marcharse sin montar en el columpio.
- Estrategia cooperativa: Esperar su turno o proponer a Ana turnarse.

Se reflexionará con el niño cuál es el más adecuado para resolver el conflicto.

d) **Cierre** (5 minutos): Se realizará una reflexión sobre lo aprendido en la sesión.

**Sesión 9**

*Objetivos*

Desarrollar habilidades de planificación razonamiento y resolución de problemas, aplicadas a situaciones sociales de la vida cotidiana.

Tiempo: 45 minutos

*Espacios y recursos*

Aula o despacho.

Tarjetas con situaciones sociales sin resolver y pistas.

Hoja de registro de detective: problema, causa, posibles soluciones, solución elegida y por qué.

Hoja secuencia cuentos infantiles.

Material fungible: Folios, lápices, rotuladores, cartilunas, pegamento, etc.

Material no fugible: Tijeras, sillas, mesas, etc.
<p><i>Desarrollo de la sesión</i></p> <p>a) <b>Bienvenida y contextualización</b> (5 minutos). Se realizará una breve explicación del objetivo de la sesión.</p> <p>b) <b>Actividad 1 «El detective de problemas»</b> (20 minutos): Se presenta al niño la hoja de registro del detective. Se le explica que se van a presentar varios problemas aún sin resolver y necesitamos su ayuda. Se le animará a utilizar su hoja de registro e ir identificando cada una de las partes incluidas. También podremos facilitarle algunas pistas para resolver el problema.</p> <p>c) <b>Actividad 2 «Cuentos desordenados»</b> (15 minutos): Se entregarán al niño tarjetas con un extracto de escenas de cuentos infantiles conocidos (las podrá leer el niño o lo hacemos nosotros). Su tarea será ordenar la historia del cuento en una secuencia temporal lógica y numerarla.</p> <p>d) <b>Cierre</b> (5 minutos): Se realizará una reflexión sobre lo aprendido en la sesión.</p>

Sesión 11
<p><i>Objetivos</i></p> <p>Promover la identificación y reconocimiento de las emociones básicas (alegría, tristeza, enfado, sorpresa, miedo y asco).</p> <p>Mejorar el conocimiento básico sobre las emociones y su influencia en nuestro día a día.</p> <p>Fomentar la comprensión emocional hacia uno mismo y los demás.</p> <p>Desarrollar habilidades de autoconocimiento y regulación emocional.</p> <p>Estimular la expresión emocional a través del lenguaje y la expresión corporal.</p>
Tiempo: 1 hora
<p><i>Espacios y recursos</i></p> <p>Aula espaciosa con proyector y ordenador.</p> <p>Rostros de expresiones faciales de emoción.</p> <p>Material fungible: Folios, lápices, rotuladores, cartilunas, pegamento, etc.</p> <p>Material no fugible: Tijeras, sillas, mesas, etc.</p>
<p><i>Desarrollo de la sesión</i></p> <p>a) <b>Bienvenida y contextualización</b> (5 minutos). Se realizará una breve explicación del objetivo de la sesión.</p>

b) **Taller de psicoeducación: *Las lentes mágicas*** (15 minutos). Se presentarán las lentes mágicas, unas lentes que usamos para ver mejor el universo de las emociones. Gracias a esas lentes vamos a entender mucho mejor «qué emoción sentimos» y «qué emoción sienten los demás». Invitamos a los niños a colocarse esas gafas y entre todos respondemos a las siguientes cuestiones:

- ¿Qué es una emoción? ¿Qué tipos de emociones hay?
- ¿Para qué nos sirve sentir emociones?
- ¿Cómo nos sentimos cuando estamos alegres, tristes o enfadados?
- ¿Es importante entender las emociones de los demás? ¿Es fácil o difícil hacerlo?

c) **Actividad 1 «El universo de las emociones»** (20 minutos). A continuación vamos a dibujar nuestro propio universo de las emociones. Para ello, se les entregará una hoja en blanco donde tendrán que dibujar los planetas (cada planeta será una emoción) y pintarlo del color que les parezca más adecuado. Podrán ajustar el tamaño de cada planeta en función de si se trata de una emoción más o menos significativa para ellos.

d) **Actividad 2 «Puzzle de miradas»** (15 minutos): Se presentan recortes de ojos (miradas) que representen algunas de las emociones básicas. Cada niño tendrá que adivinar a qué emoción se corresponden (les podemos facilitar varias categorías entre las que escoger). Una vez el niño emite su respuesta le mostramos la imagen completa del rostro. Posteriormente, se le pregunta al niño:

- ¿Qué te ayudó a reconocer la emoción?
- ¿Cómo crees que se siente esa persona?
- ¿Recuerdas alguna ocasión en la que te hayas sentido así?

e) **Cierre** (5 minutos): Se revisará el universo de emociones realizado por cada uno de ellos y se realizará una reflexión sobre lo aprendido durante la sesión. Se reforzará su uso su utilidad en el colegio o en casa, antes situaciones que nos generen una emoción intensa y se invitará a los niños a ir anotando aquellas situaciones de su día a día que impliquen a cada uno de los planetas, o incluso ir añadiendo nuevos planetas si identifican una emoción nueva, y así ir completando su universo.

## Sesión 12

### Objetivos

Desarrollar la empatía cognitiva y emocional, comprendiendo cómo se sienten y piensan los demás.  
Fomentar la toma de perspectiva.

Favorecer la comprensión de las emociones ajenas.

Tiempo: 45 minutos
<p><i>Espacios y recursos</i></p> <p>Aula/despacho con ordenador. Cuentos infantiles o relatos cortos (caperucita roja, el patito feo, etc.). Tarjetas con situaciones cotidianas. Material fungible: Folios, lápices, rotuladores, cartilunas, pegamento, etc. Material no fungible: Tijeras, sillas, mesas, etc.</p>
<p><i>Desarrollo de la sesión</i></p> <p>a) <b>Bienvenida y contextualización</b> (5 minutos). Se realizará una breve explicación del objetivo de la sesión.</p> <p>b) <b>Actividad 1 «Si yo fuera el autor...»</b> (20 minutos): En primer lugar, leeremos un cuento o relato corto al niño. Serán cuentos o relatos familiares. Durante la lectura iremos haciendo pausas con el fin de identificar las emociones de cada personaje. Por ejemplo: ¿Cómo se siente caperucita cuando ve al lobo?; ¿Qué siente el lobo cuando la engaña?; ¿Cómo se sentirá la abuela?. Una vez finalizado el cuento pasaremos a la segunda parte de la actividad. En esta parte, pediremos al niño que se imagine que es el autor del cuento y tiene que escribir el cuento desde la perspectiva de otro personaje, por ejemplo, la abuela o el lobo. El niño podrá escribirlo o narrar el cuento de manera oral. Finalmente, se reflexionará junto al niño sobre la diferencia de ambas versiones y sobre cómo se siente cada personaje en cada una de ellas.</p> <p>c) <b>Actividad 2 «En tus zapatos»</b> (15 minutos): Se presentan tarjetas con diferentes situaciones sociales, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Dos amigos discuten por un juguete.</li><li>- Un niño se queda solo porque no le invitan a jugar.</li><li>- Una compañera ayuda a otra que se cayó al suelo.</li><li>- Un grupo de niños se ríe de otro niño.</li></ul> <p>Se pedirá al niño que reflexione sobre cada situación, respondiendo a las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ¿Cómo se sintió cada personaje?</li><li>- ¿Qué harías tú en esa situación?</li><li>- ¿Qué haría alguien empático?</li></ul> <p>d) <b>Cierre</b> (5 minutos): Se realizará una reflexión sobre lo aprendido durante la sesión.</p>

Sesión 13
<p><i>Objetivos</i></p> <p>Favorecer el desarrollo de la ToM, y las falsas creencias de segundo orden. Estimular la comprensión de errores y creencias falsas a partir de situaciones concretas o historias.</p>
<p>Tiempo: 45 minutos</p>
<p><i>Espacios y recursos</i></p> <p>Aula/despacho con ordenador. Tarjetas con situaciones de falsas creencias de primer orden. Material fungible: Folios, lápices, rotuladores, cartilunas, pegamento, etc. Material no fungible: Tijeras, sillas, mesas, etc.</p>
<p><i>Desarrollo de la sesión</i></p> <p>a) <b>Bienvenida y contextualización</b> (5 minutos). Se realizará una breve explicación del objetivo de la sesión.</p> <p>b) <b>Actividad 1: «Falsas creencias de primer orden: lo que yo sé y lo que tú sabes»</b> (20 minutos): En primer lugar se utiliza la historia de Ana y Sally para introducir el concepto de creencia falsa. « A veces las personas creen cosas que no son ciertas porque no han visto lo que realmente pasó». A continuación se narran diferentes situaciones entre las que el niño tendrá que elegir la opción correcta, por ejemplo:</p> <p>c) <b>Actividad 2 «Historias con finales ocultos»</b> (15 minutos): Se presentan tarjetas con diferentes situaciones con un final oculto, para cada situación el niño tendrá que analizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué sabe cada personaje de la historia?</li> <li>- ¿Quién se equivoca?</li> </ul> <p>d) <b>Cierre</b> (5 minutos): Se realizará una reflexión sobre lo aprendido durante la sesión.</p>

Sesión 14
<p><i>Objetivos</i></p> <p>Promover el conocimiento y reconocimiento de las normas sociales básicas.</p> <p>Desarrollar conductas prosociales básicas.</p> <p>Fomentar la resolución efectiva de los conflictos sociales.</p>
<p>Tiempo: 45 minutos</p>
<p><i>Espacios y recursos</i></p> <p>Aula/despacho con ordenador.</p> <p>Cartulina grande.</p> <p>Tarjetas con situaciones sociales o dilemas.</p> <p>Material fungible: Folios, lápices, rotuladores, cartilunas, pegamento, etc.</p> <p>Material no fungible: Tijeras, sillas, mesas, etc.</p>
<p><i>Desarrollo de la sesión</i></p> <p>a) <b>Bienvenida y contextualización</b> (5 minutos). Se realizará una breve explicación del objetivo de la sesión.</p> <p>b) <b>Actividad 1: «La rueda de las normas sociales»</b> (20 minutos): En primer lugar, en la cartulina se dibuja una rueda dividida en secciones, donde se escribirá en cada sección una norma social. Por ejemplo: saludar al llegar, respetar los turnos, compartir materiales, pedir las cosas por favor, escuchar cuando otro habla, pedir disculpas si hacemos daño, etc. El niño decora la cartulina y ésta queda colgada en el aula o espacio común, a modo de recordatorio.</p> <p>Podemos asignar a cada norma un color. Por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verde= buen comportamiento: saludar, compartir, escuchar.</li> <li>- Amarillo= comportamiento dudoso (hablar alto, tocar sin permiso).</li> <li>- Rojo= mal comportamiento (pegar, gritar, empujar, burlarse).</li> </ul> <p>c) <b>Actividad 2 «Teatro social»</b> (15 minutos): Reflexionaremos sobre la importancia de las normas para nuestra convivencia, y valoraremos diferentes situaciones sociales con y sin normas.</p> <p>Se pide al niño diferentes soluciones y se reflexiona junto a él, la más adecuada.</p> <p>d) <b>Cierre</b> (5 minutos): Se realizará un repaso de las normas sociales que hemos aprendido y en qué situaciones es necesario aplicarlas.</p>

Sesión 16
<p><i>Objetivos</i></p> <p>Mejorar la comprensión de las emociones propias y ajenas. Potenciar la identificación emocional a través de los gestos, expresiones faciales, tono de voz.</p>
<p>Tiempo: 45 minutos</p>
<p><i>Espacios y recursos</i></p> <p>Aula/despacho con ordenador. Tarjetas con imágenes de personas mostrando diferentes emociones. Tarjetas con situaciones cotidianas. Pictogramas de emociones básicas. Material fungible: Folios, lápices, rotuladores, cartilunas, pegamento, etc. Material no fungible: Tijeras, sillas, mesas, etc.</p>
<p><i>Desarrollo de la sesión</i></p> <p>a) <b>Bienvenida y contextualización</b> (5 minutos). Se realizará una breve explicación del objetivo de la sesión.</p> <p>b) <b>Actividad 1: «El juego de las emociones escondidas»</b> (20 minutos): Se presentan tarjetas que representan mediante imágenes, diferentes situaciones cotidianas, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un niño recibe un regalo.</li> <li>- Una niña siente asco por la comida de ese día.</li> <li>- Mi equipo favorito gana la liga.</li> </ul> <p>El niño tendrá que identificar qué emoción puede estar sintiendo el personaje y en qué deberíamos fijarnos para darnos cuenta (mirada, tono de voz, palabras, acciones, etc). Se podrán recoger las diferentes respuestas y confeccionar un póster titulado. <b>¿Cómo reconocer una emoción?</b>, que quedará en un espacio común para su uso posterior.</p> <p>c) <b>Actividad 2 «Descifrando el enigma»</b> (15 minutos): Mediante el uso de las mismas tarjetas, ahora se pedirá al niño que invente una historia breve por cada una, profundizando en el por qué se sentirá así el personaje y qué podría pasar después.</p> <p>d) <b>Cierre</b> (5 minutos): Se realizará un repaso de lo aprendido para el reconocimiento de las emociones y se invitará al niño a intentar reconocer las emociones que expresen sus amigos o familiares, el posible motivo e ir anotando esa información.</p>

Sesión 17
<p><i>Objetivos</i></p> <p>Desarrollar la capacidad empática para comprender cómo viven las situaciones otras personas. Fomentar la toma de perspectiva y el reconocimiento de diferentes puntos de vista ante una misma experiencia.</p>
Tiempo: 45 minutos
<p><i>Espacios y recursos</i></p> <p>Aula/despacho con ordenador. Tarjetas con situaciones sociales. Diario de observación: ¿Cómo se siente mi...? Material fungible: Folios, lápices, rotuladores, cartulunas, pegamento, etc. Material no fungible: Tijeras, sillas, mesas, etc.</p>
<p><i>Desarrollo de la sesión</i></p> <p>a) <b>Bienvenida y contextualización</b> (5 minutos). Se realizará una breve explicación del objetivo de la sesión.</p> <p>b) <b>Actividad 1 «Cambiando la perspectiva»</b> (20 minutos): Se expone al niño a una determinada situación y se le solicita que se ponga en el lugar de los diferentes personajes involucrados. Por ejemplo: Durante el recreo un niño se cae y se hace daño en una pierna. Se le pregunta al niño cómo lo vivirá:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El niño que se cae.</li> <li>- Su mejor amigo/a.</li> <li>- Sus padres cuando se enteren.</li> <li>- La profesora.</li> </ul> <p>Junto al niño se construye un mapa de perspectivas. Dibujamos en una cartulina en el centro la situación y alrededor los pensamientos/sentimientos de las personas involucradas. Reflexionamos de manera conjunta sobre ello.</p> <p>c) <b>Actividad 2 «¿Cómo se siente mi...?»</b> (15 minutos): Se elaborará junto al niño un diario dónde recoger, la observación realizada a las personas de nuestro alrededor. Por ejemplo: mi mejor amigo estaba callado y con la cabeza baja. Creo que se sentía triste por...</p> <p>El diario tendrá los siguientes puntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Persona observada</li> </ul>

- ¿Qué hacía?
- ¿Qué creo que sentía?
- ¿Por qué creo que sentía así?

d) **Cierre** (5 minutos): Se realizará una reflexión sobre lo aprendido en la sesión y se revisarán los mapas de perspectivas realizados.

### Sesión 18

#### *Objetivos*

Favorecer el desarrollo de la ToM, mediante el desarrollo de la capacidad para comprender que otras personas pueden tener pensamientos, deseos o creencias diferentes a las nuestros.

Mejorar la capacidad para inferir emociones, intenciones y estados mentales en los demás.

Reconocer mentiras e ironías, y distinguirlas de la verdad.

Comprender que las creencias de los demás pueden ser falsas o distintas a la realidad.

Tiempo: 45 minutos

#### *Espacios y recursos*

Aula/despacho con ordenador.

Ruleta (física o digital) dividida en secciones: ¿Qué piensa?, ¿Qué siente?, ¿Qué hace?, ¿Qué puede estar diciendo?.

Tarjetas con imágenes o escenas sociales.

Historias de falsas creencias.

Extractos adaptados de las historias extrañas de Happe.

Material fungible: Folios, lápices, rotuladores, cartilunas, pegamento, etc.

Material no fungible: Tijeras, sillas, mesas, etc.

#### *Desarrollo de la sesión*

a) **Bienvenida y contextualización** (5 minutos). Se realizará una breve explicación del objetivo de la sesión.

b) **Actividad 1 «Falsas creencias»** (10 minutos): Se presenta al niño la siguiente historia:

El papá de Luis deja una caja vacía y le dice que dentro hay un conejo. Luis la deja sobre un armario mientras juega con su amigo. En ese momento, un gato se mete dentro de la caja. Cuando el papá vuelve y ve que la caja se mueve...¿Qué cree el papá que hay dentro?, ¿Qué cree Luis?, ¿Quién sabe la verdad?

Se pide al niño que razone paso a paso lo que conoce cada personaje. Para ello, se le ayuda realizando un esquema con tres niveles:

- Lo que realmente pasa.
- Lo que cree Luis.
- Lo que cree el papá de Luis.

c) **Actividad 2 «Historias extrañas»** (15 minutos): Se presenta al niño varias historias entre las que tendrá que distinguir la intención comunicativa que hay detrás de ellas (ver Anexo).

Ejemplo ironía: María tira el zumo en el suelo y cuando Pedro lo ve, le dice: «qué bien lo has hecho». ¿Pedro dice la verdad o es una broma?; ¿Qué quiere decir realmente?; ¿Cómo se sentirá María?.

e) **Cierre** (5 minutos): Se realizará una reflexión sobre lo aprendido en la sesión y se revisarán los mapas de perspectivas realizados. Se invita al niño a traer su diario y sus observaciones para la próxima sesión.

#### Sesión 19

##### *Objetivos*

Fomentar el desarrollo de las habilidades sociales básicas en contextos cotidianos.  
 Promover los comportamientos sociales adecuados.  
 Favorecer el uso de la comunicación asertiva y respetuosa.  
 Reflexionar sobre el uso de las normas sociales y sus consecuencias.

Tiempo: 45 minutos

##### *Espacios y recursos*

Aula/despacho con ordenador.  
 Ficha-guión para personajes del teatro. Carteles u objetos que faciliten la puesta en escena.  
 Tarjeta historias donde el personaje «mete la pata» en una situación social.  
 Material fungible: Folios, lápices, rotuladores, cartilunas, pegamento, etc.  
 Material no fungible: Tijeras, sillas, mesas, etc.

##### *Desarrollo de la sesión*

a) **Bienvenida y contextualización** (5 minutos). Se realizará una breve explicación del objetivo de la sesión.

b) **Actividad 1 «Teatro social»** (20 minutos): Se explicará a los niños que el objetivo de la actividad es aprender a comportarse en situaciones sociales. Se anotarán en una cartulina las palabras clave: hola, adiós, por favor, gracias, disculpe, buenos días, perdón, etc.). En la segunda parte de la actividad se teatralizarán situaciones cotidianas en distintos lugar: restaurante, parque, recreo, aula, tienda, etc. El psicólogo realizará el papel de vendedor, camarero, amigo, tendero, etc. Y el niño tendrá que seguir el guión utilizando las palabras clave previamente anotadas.

c) **Actividad 2 «¿Por qué metió la pata?»** (15 minutos): Se presentarán varias historias cotidianas cortas en las que el personaje principal meterá la pata en su interacción social (véase en Anexo).

Después, para cada historia se pregunta:

- ¿Qué hizo mal el personaje?
- ¿Qué podría haber hecho diferente?
- ¿Cómo se habrán sentido los demás?

d) **Cierre** (5 minutos): Se realizará una reflexión sobre lo aprendido en la sesión y sobre su utilidad en situaciones del día a día. Se animará al niño a utilizar lo aprendido cada día e ir anotando cada vez que lo hace.



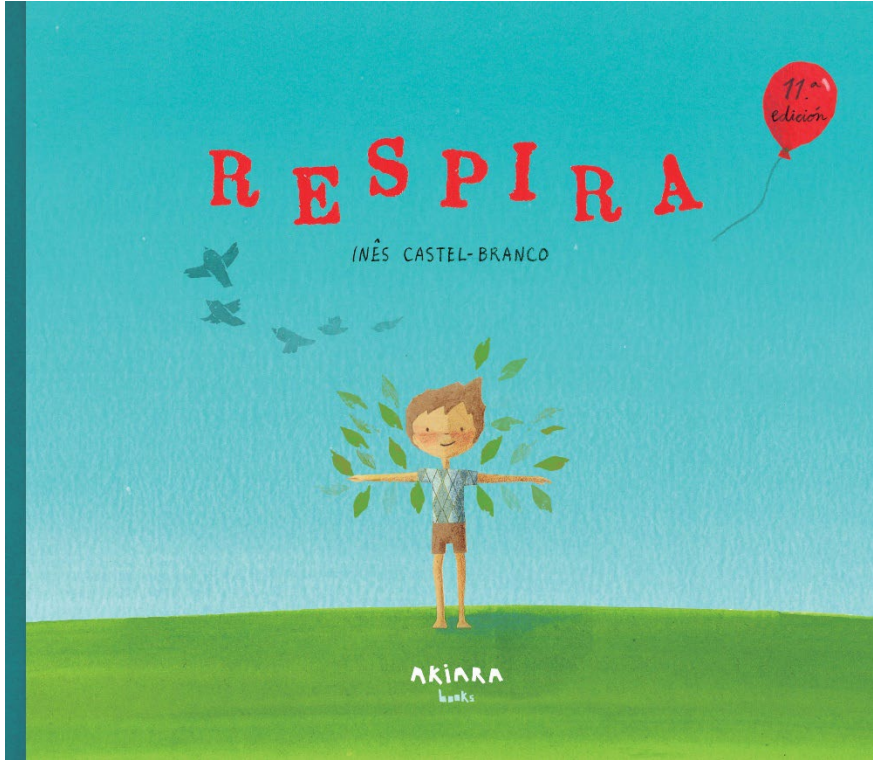
**Anexo 2**

*Fichas bloque 1*

## Diario de autocontrol

### Registro de emociones

Fecha	Hoy controlé mis emociones cuando...	¿Cómo me sentí?	Logré volver a la calma haciendo...
LUN			
MAR			
MIÉ			
JUE			
VIE			
SÁB			
DOM			



Extraído de: <https://www.youtube.com/watch?v=Yv3irsw3k0c>

ESTÁS  
JUGANDO CON  
UN AMIGO Y  
LE ROMPES SU  
JUGUETE,  
NADIE TE VIÓ

¿QUÉ HARÍAS?



VES QUE  
ALGUIEN SE  
CAE Y TODOS  
SE RÍEN

¿QUÉ HARÍAS?



UN AMIGO SE  
OLVIDÓ SU  
DESAYUNO

¿QUÉ HARÍAS?



LLEGA UN  
NIÑO NUEVO  
AL COLEGIO Y  
NO TIENE  
AMIGOS

¿QUÉ HARÍAS?



EN CLASE SE  
RÍEN DE UN  
NIÑO PORQUE  
HABLA  
DIFERENTE

¿QUÉ HARÍAS?



UN AMIGO TE  
CUENTA QUE  
COPIÓ EN UN  
EXAMEN PERO  
TE PIDE QUE  
NO DIGAS  
NADA

¿QUÉ HARÍAS?

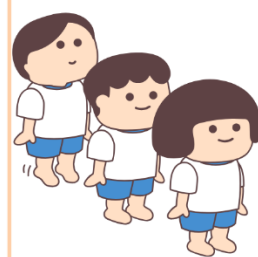


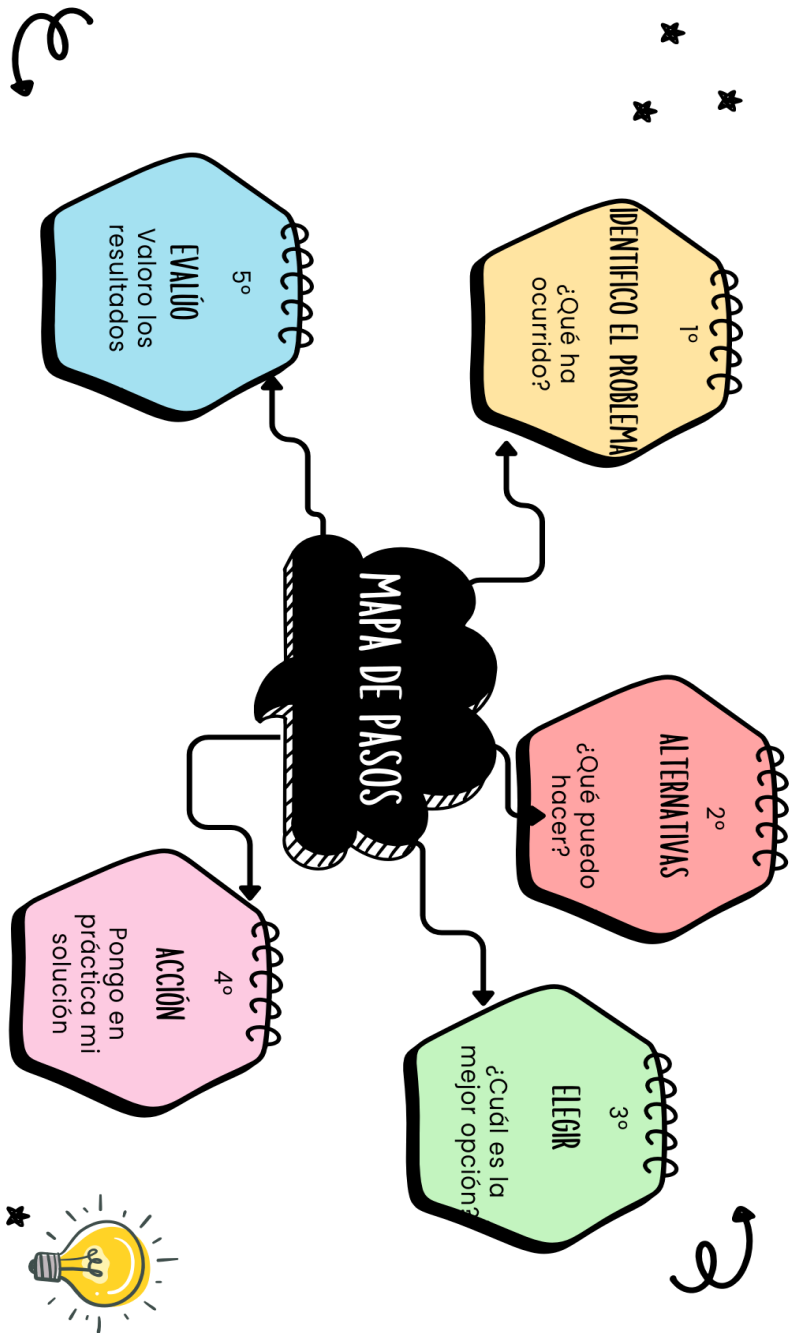
TU EQUIPO  
GANA UN  
PARTIDO TRAS  
UN PUNTO  
INJUSTO PARA  
EL EQUIPO  
CONTRARIO

¿QUÉ HARÍAS?



QUIERES  
MONTAR EN  
UNA  
ATRACCIÓN  
PERO HAY  
MUCHA COLA  
DE ESPERA  
¿QUÉ HARÍAS?





# Mi mapa de pasos



1	¿Cuál es el problema? ¿Se puede solucionar?
<input type="checkbox"/>	
2	¿Qué puedo hacer? Identifico las posibles soluciones
<input type="checkbox"/>	
3	¿Cuál es la mejor opción? Identifico los pasos a seguir
<input type="checkbox"/>	Paso 1:
	Paso 2:

	Paso 3:
	Paso 4:
4	Pongo en práctica mi plan
<input type="checkbox"/>	
5	Valoro los resultados, ¿Qué ha ocurrido?
<input type="checkbox"/>	



### Historia nº 1

---

María estaba en clase y alguien se burló de su dibujo. Entonces María...

- Final 1
- Final 2
- Final 3

### Historia nº2

---

Lucas quería jugar al fútbol en el recreo. Lucas se acercó a las pistas y...

- Final 1
- Final 2
- Final 3

### Historia nº 3

---

Vera y Valle estaban jugando en el patio y Vera se calló. Entonces Valle...

- Final 1
- Final 2
- Final 3



#### Historia nº 4

---

Tu papá se encuentra malito y necesita un tiempo de descanso. Entonces tú...

- Final 1
- Final 2
- Final 3

# Mi cuaderno de detective



Problema		
<p>Alguien dejó la clase muy desordenada y no sabemos quién. ¿Cómo podemos averiguarlo sin acusar a nadie injustamente?</p>		
1	¿Qué ha podido pasar?	
<input type="checkbox"/>		
2	¿Qué puedo hacer?	
<input type="checkbox"/>		

3	Pienso cual sería la mejor opción	
<input type="checkbox"/>		
4	¿Por qué es la mejor?	
<input type="checkbox"/>		
5	¿Qué ocurriría si elijo otra solución?	
<input type="checkbox"/>		



# CAPERUCITA ROJA

En su camino, un lobo astuto la encontró y, al conocer su destino, ideó un malévolo plan para llegar primero a la casa de la abuela. El lobo llegó antes, encerró a la abuela en un armario y se disfrazó de ella, esperando a Caperucita Roja. Cuando la niña llegó, notó algo extraño en la apariencia de su "abuela", pero el lobo la engañó porque quería comérsela.

Justo en ese momento, un valiente leñador que pasaba por el bosque escuchó los ruidos provenientes de la casa de la abuela. Al acercarse, descubrió al lobo disfrazado y, con un hacha, lo enfrentó. Con valentía, el leñador liberó a Caperucita Roja y a su abuela, salvándolas de un destino terrible.

Había una vez una dulce niña llamada Caperucita Roja que vivía en un pequeño pueblo. Un día, su madre le pidió que llevara una cesta con galletas y medicinas a su abuela enferma, que vivía al otro lado del bosque. Caperucita Roja, con su característica capa roja, aceptó la tarea y se adentró en el bosque.



Extraído de: <https://www.actividadesdeinfantilyprimaria.com/2024/01/29/cuentos-tradicionales-desordenados-para-trabajar-la-comprension-lectora/>



## LOS 3 CERDITOS

El lobo, furioso y decidido a atrapar a los cerditos, llegó a la casa de ladrillos. Sin importar cuánto sopló y sopló, la sólida estructura se mantuvo firme. Los cerditos, resguardados en su fortaleza de ladrillos, se sintieron seguros. El lobo, frustrado y derrotado, se alejó, prometiendo no volver a molestarlos.

Pronto, el lobo feroz apareció y se acercó a la casa de paja. Con un soplido, derribó la débil estructura, y el primer cerdito huyó asustado. Luego, el lobo se dirigió a la casa de madera del segundo cerdito y, con un soplido más fuerte, derribó también esa casa. Los dos cerditos, ahora temblando, corrieron hacia la casa de ladrillos del tercer cerdito en busca de refugio.

Había una vez tres cerditos que vivían en un hermoso bosque. Cada uno de ellos decidió construir su propia casa para resguardarse de los peligros, especialmente del temido lobo feroz que de vez en cuando merodeaba por la zona.

El primer cerdito, ansioso por terminar rápido, construyó su casa de paja. El segundo cerdito, un poco más trabajador, optó por una casa de madera. El tercer cerdito, sabio y previsor, decidió construir su casa con ladrillos, sabiendo que sería más resistente.



Actividades  
de  
Infantil y Primaria

Extraído de: <https://www.actividadesdeinfantilyprimaria.com/2024/01/29/cuentos-tradicionales-desordenados-para-trabajar-la-comprension-lectora/>



## RICITOS DE ORO

Ricitos de Oro también encontró tres platos de sopa en la mesa. Probó la sopa del plato grande, pero estaba demasiado salada. Luego probó la sopa del plato mediano, pero estaba demasiado dulce. Finalmente, probó la sopa del plato pequeño, que estaba justa y la disfrutó.

Cuando los ositos regresaron a casa, encontraron a Ricitos de Oro durmiendo en la cama pequeña. Al despertarse, asustada al ver a los ositos, Ricitos de Oro se disculpó y explicó cómo había llegado a la casita. Los amables ositos entendieron que fue solo un malentendido y, en lugar de enojarse, invitaron a Ricitos de Oro a compartir su hogar.

Había una vez, en el corazón de un frondoso bosque, una encantadora casita donde vivían tres ositos. El osito grande, Papá Oso, el osito mediano, Mamá Osa, y el osito pequeño, Ricitos de Oro. Cada uno tenía su propia silla, su propio plato y su propia cama.

Después, Ricitos de Oro subió a la habitación donde encontró tres camas. Se acostó en la cama grande, pero era demasiado dura. Se acostó en la cama mediana, pero era demasiado suave. Finalmente, se acostó en la cama pequeña y se quedó dormida.

Un día, mientras la familia de osos salía a dar un paseo por el bosque, una niña curiosa llamada Ricitos de Oro entró en la casita. Al ver las tres sillas, probó la grande, pero era demasiado dura. Luego probó la mediana, pero era demasiado blanda. Finalmente, se sentó en la silla pequeña, que era perfecta para ella.



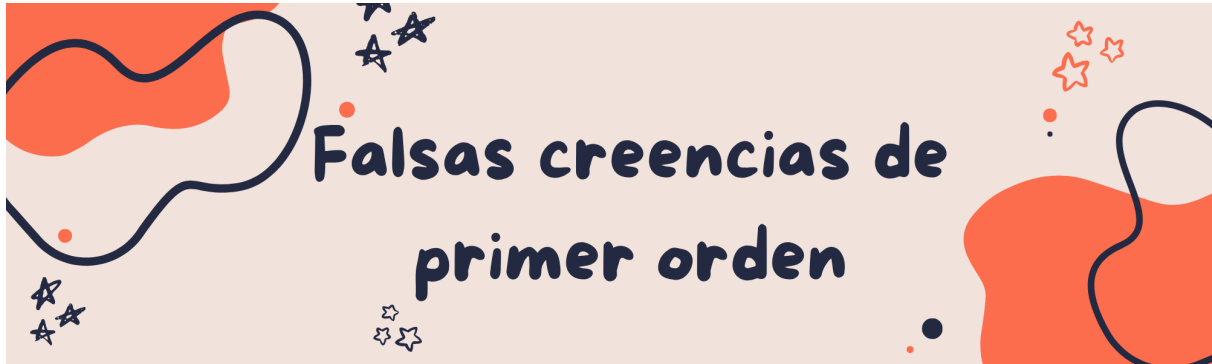
**Anexo 3**

*Fichas bloque 2*



Simón dice...





ToM nº1

---

Álex está leyendo un libro. Cuando termina, lo deja encima de la cama y se va al colegio. Su madre coge el libro y lo pone en la estantería. Cuando Álex vuelve del colegio.

¿Dónde buscará el libro?:

ToM nº2

---

María dejó una bolsa de caramelos encima de la mesa. Cuando María se había marchado, Juan entró en la cocina y se comió la bolsa entera de caramelos. Cuando María vuelva.

¿Cómo pensará que se encuentra la bolsa de caramelos?:



ToM nº3

---

Pedro sale de su habitación y deja la luz encendida. Su padre al pasar la apaga. Cuando Pedro vuelve a su habitación.

¿Cómo espera encontrar la luz?:

ToM nº4

---

Julio deja su calculadora a María y María a Inés, pero Julio no lo sabe. Cuando Julio quiera recuperar su calculadora.

¿A quién le preguntará por ella?:



#### Historia nº1

---

Miguel va a buscar unas galletas, pero abre el bote y encuentra botones. Después su hermana Sofía abre el bote de galletas.

¿Qué piensa Miguel que busca Sofía?

- a) Botones
- b) Galletas

#### Historia nº2

---

Hernán quiere beber agua. Llena un vaso de una cantimplora que encuentra en su mochila y ve que es un zumo de naranja. María coge la cantimplora después.

¿Qué piensa Hernán que quiere beber María?

- a) Zumo de naranja
- b) Agua



Historia nº3

---

Pablo coge la cartera de su mamá para coger dinero y comprar el pan, pero ve que está llena de caramelos. Después, su hermano Javier coge la cartera.

¿Qué piensa Pablo que está buscando Javier?

- a) Dinero
- b) Caramelos

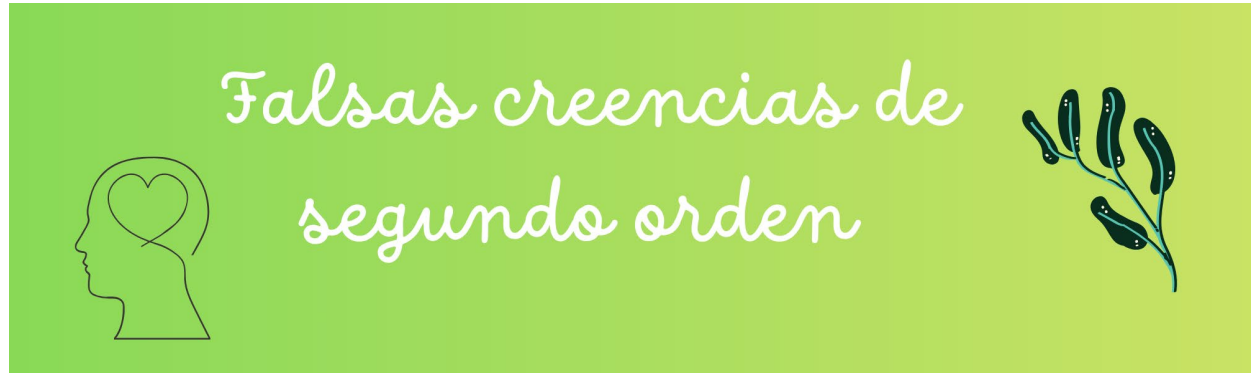
Historia nº4

---

Mayte va a buscar sus botas de agua al zapatero. Abre la caja de los zapatos y ve que está llena de cromos. Más tarde su madre va a buscar las botas y coge la caja de zapatos.

¿Qué pensará Mayte que está buscando su mamá?

- a) Las botas de agua
- b) Cromos



ToM nº1

---

La mamá de Carlos le da dinero para comprar el pan. Carlos se va y su mamá ve que se ha olvidado del dinero. Carlos va a pagar y ve que el bolsillo está roto y el dinero no está. Carlos vuelve a casa llorando y le enseña el agujero a su mamá.

¿Por qué piensa su mamá que Carlos está llorando?

- a) Se ha dejado el dinero en casa
- b) Ha perdido el dinero

ToM nº2

---

El tío de Daniel le dice que ordene su habitación. Daniel está toda la tarde ordenando su habitación. Su prima entra y la desordena otra vez. El tío de Daniel vuelve y la ve desordenada.

¿Qué piensa Daniel que va a hacer su tío?

- a) Felicitarle por haber ordenado la habitación.



b) Regañarle por no haber ordenado la habitación.

ToM nº3

---

María le cuenta a Luis que quiere una muñeca por su cumpleaños. Todos los amigos de María van a su fiesta y le dan el regalo. María lo abre y ve que le han regalado un libro.

¿Qué piensa Luis qué pensará María?

a) No me gusta el regalo, yo quería una muñeca.

b) Qué bien, me han regalado un libro.

ToM nº4

---

Celia y Mario juegan al parchís. Mario se va al baño y Celia hace trampas moviendo una ficha. Mario vuelve del baño.

¿Qué piensa Celia que Mario esperará encontrar?

a) El tablero igual.

b) La ficha cambiada.

## Historias extrañas

### Historia nº1

---

Pedro y Belén están jugando en casa. Pedro coge un plátano de la cocina y se lo pone en la oreja. Pedro le dice a Belén: “¡Mira!, este plátano es un teléfono”.

¿Es verdad lo que dice Pedro?

¿Por qué dice Pedro eso?

### Historia nº2

---

Un día, mientras Lucía estaba jugando en casa, se tropieza y al caerse rompe una lámpara de su habitación. Lucía piensa que su madre se enfadará mucho cuando se entere, así que cuando su madre llega y le pregunta, Lucía le cuenta que ha sido el perro quien ha tirado la lámpara.

¿Es verdad lo que contó Lucía a su mamá?

¿Por qué le contó eso?



### Historia nº3

---

La madre de Lola ha estado cocinando toda la tarde un guiso de verduras. A la hora de la cena, la madre lleva la comida a Lola, mientras ésta estaba viendo la televisión. Lola coge su bandeja, pero ni mira ni da las gracias a su madre. Ésta se enfada y dice a su hija: “Eso está muy bien, ¿no?, esto es lo que yo llamo buena educación”.

¿Es verdad lo que dice la madre de Lola?

¿Por qué dijo eso?

### Historia nº4

---

Un día la abuela de Alejandro fue a visitarle a su casa. La abuela llevaba su sombrero nuevo que a Alejandro le pareció horrible. Alejandro pensaba que su abuela estaba ridícula con ese sombrero. Sin embargo, cuando su abuela le pregunta: Alejandro, “¿Te gusta mi sombrero nuevo?”, él le contesta: “Oh sí, es muy bonito”.

¿Es verdad lo que dice Alejandro a su abuela sobre su sombrero?

¿Por qué dijo eso?

## *Faux pas* *“meteduras de pata”*

### Historia nº1

---

Mario le compró un avión de juguete a su León por su cumpleaños. Un tiempo después, los dos estaban jugando con el avión cuando Mario lo rompió accidentalmente. Entonces León le dijo: “No te preocupes, alguien me lo regaló por mi cumpleaños y nunca me ha gustado mucho”.

¿León dijo algo que no debería?

¿Qué pensó Mario?

¿Recordaba León que el avión se lo había regalado Mario?

### Historia nº2

---

Habían regalado a Álex una bici nueva, por su cumpleaños. El lunes se la llevó al colegio para enseñársela a sus compañeros. Uno de los amigos de clase le dijo que la bici era de niño pequeño porque llevaba ruedines.

¿El amigo le dijo algo que no debería?

¿Cómo se sentirá Álex?



### Historia nº3

---

La madre de Rodrigo le estaba preparando una fiesta sorpresa a Rodrigo por su 8º cumpleaños. Para la celebración, la madre invitó a todos sus amigos y les pidió que, por favor, no dijese nada a Rodrigo sobre la fiesta. Una niña de su clase, le contó a Rodrigo que se verían ese día en la fiesta y entonces Rodrigo se enteró de la sorpresa.

¿La niña de la clase de Rodrigo dijo algo que no debería?

¿Cómo se sintió Rodrigo? ¿Y la madre de Rodrigo?

### Historia nº4

---

Era el cumpleaños de Carla y su madre había pasado el día preparando una tarta. Cuando la llevó a la mesa, el primo de Carla dijo: «¡Qué rara es esta tarta!, tiene algo verde encima». La mamá de Carla le explicó que el color verde era su favorito.

¿El primo de Carla dijo algo que no debería?

¿Cómo se sintió Carla? ¿Y su madre?

### Historia nº5

---

Lucas dibujó un perro para el concurso de dibujos de su clase. Cuando presentó su dibujo ante sus compañeros, uno de ellos dijo: «¡Parece una vaca!», y el resto se rió.

¿El niño de clase de Lucas dijo algo que no debería?

¿Cómo se sintió Lucas?

Diario de *Emociones*



Nombre:



¿Qué hacía?

---

---

---

---

¿Cómo creo que se sentía?

---

---

---

---

¿Por qué creo que se sentía así?

---

---

---

---

---

---











Extraido de: <https://depositphotos.com/es/photos/caras-de-emociones.html>

## Encuesta de satisfacción a familias



Nombre del participante:

1

DATOS GENERALES

Edad del participante:

Tiempo desde el TCE y nivel de gravedad  
(leve/moderado/grave)

Nº de sesiones que ha asistido al programa:

2

NIVEL DE SATISFACCIÓN CON EL PROGRAMA

	Indique su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones (1 = muy en desacuerdo, 5 = muy de acuerdo)
	1. El programa ha sido útil para mi hijo/a.
	2. Los objetivos estaban claros y los considero adecuados.
	3. Las actividades fueron interesantes y adaptadas a la edad.
	4. La duración y frecuencia de las sesiones fueron adecuadas
	5. Me sentí informado/a y acompañado/a durante el proceso.
	6. El equipo profesional mostró empatía y comprensión.
	7. Recomendaría este programa a otras familias.

3	CAMBIOS OBSERVADOS EN EL MENOR
	8. Existe una mejoría en su capacidad de planificación y organización
	9. Su control de impulsos ha mejorado.
	10. Muestra una mayor flexibilidad a la hora de adaptarse a los cambios.
	11. Cuando tiene que solucionar un problema, valora todas las posibles soluciones.
	12. Se muestra más empático ante las emociones de los demás.
	13. Presenta una mayor capacidad para reconocer y regular las emociones propias y ajenas.
	14. Sus habilidades sociales se han visto reforzadas tras el programa.

	15. Presenta una mayor capacidad comunicativa para resolver conflictos.
	16. Ha aumentado su motivación para realizar actividades que impliquen participación social con sus iguales.
	17. Su conocimiento sobre normas y comportamiento social adecuado, ha mejorado.
<b>4</b>	<b>IMPACTO FAMILIAR</b>
	18. El programa me ayudó a entender mejor las dificultades de mi hijo/a.
	19. He aprendido estrategias para apoyarlo/a en casa.
	20. La comunicación con el equipo profesional fue efectiva.