



TRABAJO DE FIN DE GRADO EN MAESTRO EDUCACIÓN INFANTIL Y PRIMARIA

PORTADA

ESCUELA UNIVERSITARIA DE MAGISTERIO DE ZAMORA

TRABAJO FIN DE GRADO EN MAESTRO DE EDUCACION INFANTIL

TDAH: Intervención para Déficit de Atención en Educación Infantil

**AUTOR: Sandra Rodríguez Sánchez
Tutor: Ana Belén Navarro Prados**

Zamora, 22 de Junio de 2016

RESUMEN

En la actualidad, es muy probable encontrar a niños en el aula con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) diagnosticado o aún sin diagnosticar, y las dificultades que a éste le siguen. Con este Trabajo Fin de Grado, se pretende realizar un acercamiento a este trastorno a través de una fundamentación teórica que abarca desde la definición, hasta las diferentes intervenciones que se llevan a cabo para tratar el TDAH desde la perspectiva actual; haciendo un recorrido por la clasificación actual, la etiología (aún en investigación), la comorbilidad y las diferentes escalas de evaluación que se llevan a cabo en casos previos al posible diagnóstico. Además, se describe un programa de intervención llevado a cabo, destacando la importancia de la escuela, la figura del docente y la importancia que tiene poseer diferentes conocimientos sobre el TDAH, para poder favorecer al alumnado con respuestas de calidad educativa, que impliquen mejoras en la conducta y el aprendizaje. A mayores, es importante destacar que el programa ha tenido resultados positivos y se ha podido llevar a cabo con normalidad, debido a la buena colaboración entre la familia y la escuela.

RESUMEN.....	0
1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. OBJETIVOS	4
3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	5
3.1. DEFINICIÓN.....	5
3.1.1. Conceptos Atención, Hiperactividad e Impulsividad.....	6
3.1.2. Clasificación.....	7
3.1.2.1. Criterios diagnósticos según DSM-5 (APA, 2014).....	8
3.2. ETIOLOGÍA.....	9
3.3. COMORBILIDAD.....	11
3.4. EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA DEL TDAH.....	13
3.5. INTERVENCIÓN EN TDAH	14
4. METODOLOGÍA: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.....	16
4.1. DESCRIPCIÓN DEL ALUMNO.....	17
4.2. PROCEDIMIENTO.....	17
4.3. MATERIAL ELABORADO.....	18
4.3.1. Selección de las fichas del cuaderno de actividades.....	19
4.4. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.....	21
4.5. RESULTADOS	22
5. CONCLUSIONES.....	24
6. BIBLIOGRAFÍA.....	26
7. ANEXOS	28

1. INTRODUCCIÓN

El tema escogido tiene como objetivo principal la realización de una intervención educativa, con el fin de trabajar desde las etapas más tempranas, los problemas de conducta que se pueden dar en el aula; centrándose la intervención en el déficit de atención de un niño de tres años.

Durante la etapa de la Educación Infantil, se puede sospechar a través de la observación, que un niño pueda manifestar síntomas asociados al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (en adelante, TDAH). Es normal que un niño de estas edades sea muy activo o incluso se despiste, pero cuando los comportamientos comienzan a crear dificultades a nivel académico, o con el resto de sus iguales, el maestro o la familia, se suele asociar a una patología más compleja. Este trastorno del neurodesarrollo, se diagnostica a partir de los seis años; aun así se debe trabajar desde etapas tempranas de tal manera que usando estrategias concretas, se puedan reducir los efectos de un posible diagnóstico del trastorno, durante los ciclos de la educación infantil y de cara a la etapa de la Educación Primaria.

Debido al alto porcentaje de alumnos que se caracterizan por la presencia de los síntomas del TDAH, es necesario conocer desde el papel del maestro, cómo se debe intervenir desde el ámbito educativo teniendo en cuenta siempre el ámbito familiar. Con el siguiente trabajo se pretende conseguir solventar situaciones y compensar futuras dificultades.

Es una realidad que crea incertidumbre y curiosidad entre diferentes disciplinas. La investigación sobre este tema y una intervención adecuada, es necesaria desde las etapas más tempranas donde existen grandes posibilidades de mejora.

2. OBJETIVOS

1. Revisar y actualizar la literatura sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).
2. Conocer la problemática del trastorno y las intervenciones disponibles desde las etapas infantiles, teniendo en cuenta posibles adaptaciones que se deban realizar respecto al currículo de Educación Infantil.

3. Diseñar y aplicar un programa de intervención para el TDAH que esté ajustado a las necesidades propias que pueda originar el alumnado de la etapa de Educación Infantil.

3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La Psicopatología en la infancia adquiere especial relevancia en la actualidad, debido a que la presencia de trastornos en el contexto escolar, es una realidad cada vez más extendida. En algunas psicopatologías infantiles, se predicen una serie de comportamientos negativos a nivel psicosocial, educacional y de salud en la adolescencia y en la vida adulta (Marsh y Graham, 2001). Por ello es necesario que desde las etapas más tempranas, se consigan detectar los síntomas para poner en marcha el proceso de intervención y tratamiento, con el objetivo de mejorar el funcionamiento y promover el aprendizaje y la participación.

3.1. DEFINICIÓN

De entre los trastornos que más prevalencia tienen actualmente, afectando a millones de niños, adolescentes y adultos (Roberts, Milich y Barkley, 2015), es el Trastorno por déficit de atención/Hiperactividad (TDAH).

Para realizar un acercamiento al concepto, Soriano y Miranda (2001), definen “El TDAH es un síndrome neurobiológico que se caracteriza por la presencia de un desarrollo inapropiado de los mecanismos que regulan la atención, la reflexividad y la actividad” (p.414).

La diferencia que existe entre los niños hiperactivos y los niños inquietos, es que estos últimos, se concentran en el juego, en la visualización de películas, deportes, pero los niños hiperactivos son incapaces de prestar una atención prolongada e incluso, realizan movimientos disfuncionales de manera impulsiva (Corral, 2006).

La Asociación Americana de Psiquiatría, clasifica a través del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5), el trastorno del TDAH dentro de los trastornos del neurodesarrollo. APA (2014) los define como un “grupo de afecciones con inicio en el periodo del desarrollo que se manifiestan generalmente, de manera precoz en el desarrollo antes de que el niño empiece la escuela primaria, produciendo deficiencias en el funcionamiento social, académico u ocupacional”.

Por otro lado, se refleja en el DSM-5, que el TDAH es un trastorno del neurodesarrollo definido por niveles problemáticos de inatención, desorganización y/o hiperactividad-impulsividad. Una de la problemática que existe en torno a este trastorno, es que en ocasiones puede verse solapado con otros trastornos, como por ejemplo, el trastorno negativista desafiante y el trastorno de conducta, (APA, 2014).

En la actualidad, según apunta APA (2014), la prevalencia del TDAH es de un 2:1 en los niños en edad escolar y un 1,6:1 en los adultos; siendo más frecuente en el sexo masculino que en el femenino en la población general. Las investigaciones llevadas a cabo por Díaz (2006), indican que el porcentaje del trastorno en edad infantil oscila entre el 3-6 %. Por lo que respecta al sexo femenino, suelen presentar rasgos de inatención más que de impulsividad/hiperactividad (APA, 2014; Corral, 2006).

Teniendo en cuenta que a través de las definiciones se pueden observar las dificultades en torno a la inatención y a la hiperactividad-impulsividad, es necesario destacar que los niños con este trastorno, tendrán dificultades a la hora de seguir tareas, prestar atención, escuchar, haciendo así que a nivel académico, puedan surgir complicaciones para conseguir los objetivos educativos establecidos en cada etapa, según el currículo oficial. Se trata de niños que podrían originar consecuencias negativas también a nivel social, ya que les cuesta acatar las normas y por ello, pueden surgir relaciones conflictivas tanto con los compañeros como con los adultos.

3.1.1. Conceptos Atención, Hiperactividad e Impulsividad

Partiendo de los conceptos que subyacen al trastorno del TDAH, es necesario realizar un acercamiento a los mismos. De entre ellos, la falta de atención es clave entre los criterios diagnósticos.

Mora (2013) define la atención como “el mecanismo cerebral que se requiere para ser consciente de algo” (p.81). Es un mecanismo dotado de especial importancia ya que gracias a él se podrán adquirir los conocimientos y activar la consciencia de determinadas actividades. Como menciona Serrano (2015), “las redes neuronales que se ponen en funcionamiento en el proceso de la atención, regulan la misma, orientándonos a aquellos estímulos externos del mismo modo que dejamos de atender a otros estímulos al focalizarla en una única dirección” (p.156). Generalmente, esto ocurre cuando se selecciona la información que se desea.

Siguiendo en la misma línea de la atención, hay que mencionar que existen diferentes tipos, influenciados cada uno de ellos por la predisposición que muestra el sujeto ante la información que le llega de manera involuntaria y/o voluntaria (véase figura 1).

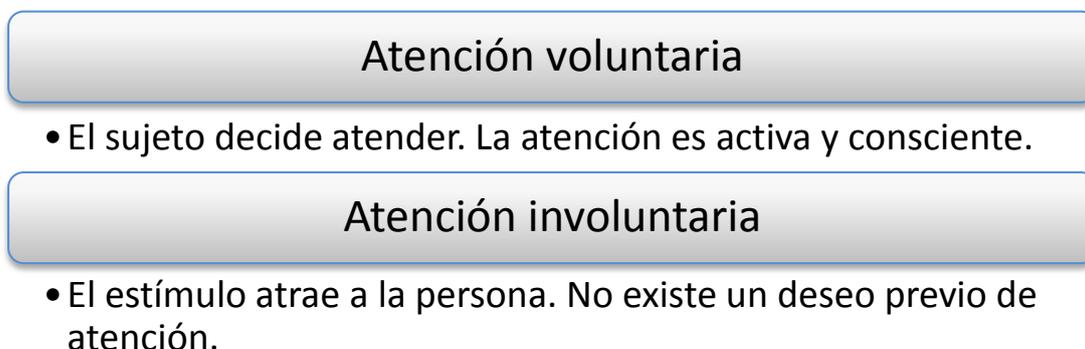


Figura 1. Tipos de atención. Extraído de “TDAH, ¿trastorno o moda?” (Serrano, 2015 p. 160)

Por otro lado, Serrano (2015) explica la hiperactividad como “el exceso de actividad que tiene el sujeto” (p.162). Además, hace referencia a que los niños hiperactivos no paran de moverse de manera patológica, sin tener un objetivo aparente.

Por último, la impulsividad se define en Serrano (2015) como “el modo en que se responde a un estímulo tanto externo como interno” (p. 165). Los niños con hiperactividad, carecen de ser conscientes de las consecuencias que pueden acarrear sus respuestas para sí mismos o para los demás.

3.1.2. Clasificación

Al existir diferentes niveles en cuanto a la inatención, a la desorganización y/o a la hiperactividad-impulsividad, dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5), la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) clasifica el Trastorno por déficit de atención/hiperactividad (véase figura 2).

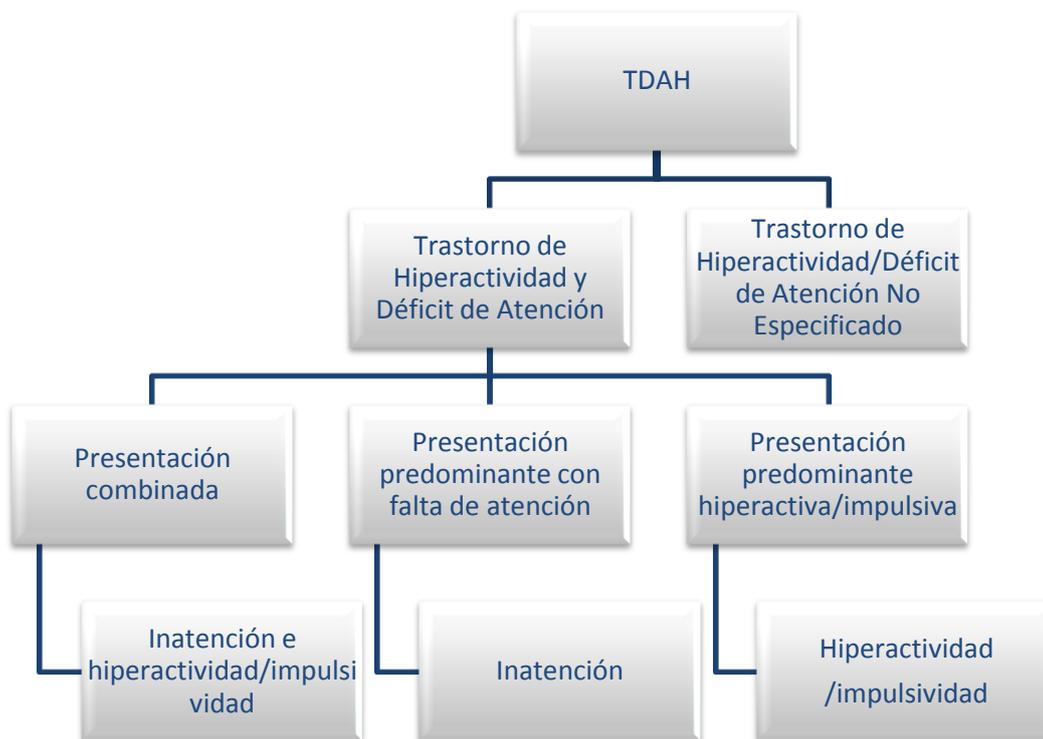


Figura 2. Clasificación del TDAH basada en el DSM-5

3.1.2.1. Criterios diagnósticos según DSM-5 (APA, 2014)

Para que este trastorno sea diagnosticado debe persistir durante un tiempo específico, un patrón de inatención y/o hiperactividad-impulsividad. Generalmente, es un trastorno que se origina en la infancia, por ello, es requisito esencial que varios síntomas se hayan pronunciado antes de los 12 años. Cada individuo puede manifestar diferentes signos o síntomas en función de las características del contexto en el que se encuentre, así mismo, es necesario para concluir un diagnóstico, que esas manifestaciones del trastorno se den en más de un entorno.

Otro requisito necesario para realizar el diagnóstico pertinente, es que un mínimo de seis síntomas de los que se presentan a continuación, deben darse en los últimos seis meses; siendo éstos anormales para la etapa de desarrollo del niño.

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014), recoge cuantiosos síntomas que se pronuncian en el TDAH (véase tabla 1).

Tabla 1. Selección de síntomas que se pronuncian en el TDAH

Inatención	Hiperactividad/impulsividad
<ul style="list-style-type: none">•Falta de atención a los detalles•Dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas•Parece no escuchar•No sigue instrucciones y no finaliza las tareas•Tiene dificultades para organizar tareas y actividades•Evita el esfuerzo mental sostenido•Pierde objetos necesarios•Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes•Es olvidadizo	<ul style="list-style-type: none">•Mueve en exceso manos y pies, o se remueve en su asiento•Abandona el asiento en clase o en otras situaciones donde se espera que permanezca sentado•Corre o salta excesivamente en situaciones inapropiadas•Dificultades para jugar tranquilamente•Excesivo movimiento•Habla en exceso•Precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas•Tiene dificultades para esperar su turno•Interrumpe o estorba a otros

3.2. ETIOLOGÍA

La investigación sobre el origen y las causas del TDAH sigue vigente actualmente, ya que aún se desconocen dichos elementos. Hasta el momento, los estudios manifiestan una inclinación hacia causas biológicas, teniendo gran importancia en el proceso de origen del trastorno, la heredabilidad de genes específicos, siendo frecuente entre los familiares de primer grado, como recoge APA (2014). No obstante, son factores insuficientes ya que existen otros factores de riesgo (ambientales, psicosociales), que pueden influir en la gravedad de dicho trastorno; aunque no se haya probado que puedan ser causantes.

Recientemente y apoyando a las investigaciones anteriormente realizadas sobre la consideración, que tienen los genes como factor etiológico en la heredabilidad del TDAH, se han llevado a cabo estudios en gemelos que demuestran que existe una mayor prevalencia entre los familiares, en torno a un 76%. La predisposición genética abarcaría genes implicados en los sistemas de neurotransmisión de la dopamina y la noradrenalina, (Mulas et al., 2012; Brown, 2003).

Para llegar a entender algunas de las conductas que expresan las personas con TDAH, es necesario conocer algunas nociones sobre el funcionamiento del cerebro en

estos casos. Como bien expone Barkley (2011a), “El TDAH interfiere en la manera en que el comportamiento se planifica, se organiza, se ejecuta, se sostiene, se evalúa y se monotoriza” (p.6); debido a ello se entiende que exista la dificultad para resistir a los impulsos y a las distracciones; pero también se ha investigado sobre el papel que tienen en el trastorno, las funciones ejecutivas (base de la autorregulación). Son definidas como “los procesos cerebrales que utilizamos para insistir en la resolución de problemas o tareas para lograr un objetivo” (Barkley, 2011b, p.9). La zona del cerebro encargada de controlar la actividad motora y otras acciones, es el lóbulo frontal. Se le adjudica a través de Barkley (2011b), la poca persistencia que poseen los individuos para volver a las tareas que estaban realizando, una vez interrumpidas.

Existen autores que destacan la importancia que tienen en el cerebro las alteraciones de las funciones ejecutivas asociadas al TDAH, anteriormente señaladas, pudiendo ser las causantes de la disminución de la dopamina en el córtex prefrontal del cerebro (Brown, 2003; Mulas et al., 2012). El posible descubrimiento del papel de la dopamina en el trastorno, está relacionado con que muchos estudios que se han llevado a cabo, demuestran que fármacos dopaminérgicos recetados a individuos con TDAH, han tenido gran eficacia disminuyendo síntomas de déficit de atención. Por otro lado, los fármacos cuyos componentes son noradrenérgicos, reducían los síntomas de hiperactividad-impulsividad. Con lo cual puede deducirse que las personas con TDAH tienen problemas con estos neurotransmisores cerebrales (Brown, 2003; Mulas et al., 2012).

Se han llevado a cabo diferentes estudios de imágenes cerebrales que han servido para observar que las personas con TDAH tienen un funcionamiento y un desarrollo por debajo de lo normal (véase figura 3). Las partes que se consideran implicadas en el trastorno, como son la corteza frontal, orbital y el estriado; son más pequeños. (Barkley, 2011c; p. 15).

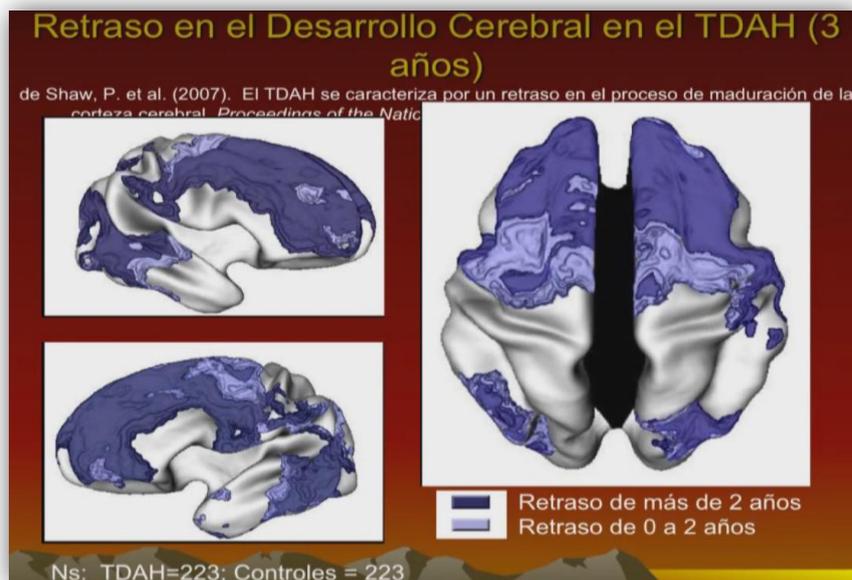


Figura 3. Retraso en el desarrollo cerebral en el TDAH. Tomado de la conferencia “Avances en la comprensión de la etiología del TDAH”. Barkley 2011(c).

3.3. COMORBILIDAD

Diferentes estudios sobre el TDAH demuestran que existe un alto porcentaje de comorbilidad, en torno a un 70-80% de los casos (Palacio et al., 2009). Si la valoración se centra en el colectivo infantil, Rodríguez-Salinas et al. (2006), recoge que la comorbilidad puede ser de un 50%, describiéndose alteraciones que pueden producir diferentes trastornos, entre otros (véase tabla 2).

Tabla 2. Comorbilidad en el TDAH

Trastorno de conducta: 25 %
Ansiedad: 26%
Trastorno negativista desafiante: 35%
Trastorno específico del aprendizaje: 12-25%

Los niños con este trastorno del neurodesarrollo, suelen desarrollar el trastorno de conducta en la adolescencia, aumentando así las probabilidades de que se originen

otros trastornos que impidan la realización de una vida adulta adecuada, pudiendo llegar al consumo de sustancias. (Palacio, 2009; APA, 2014).

Estos problemas asociados al ser frecuentes y variados, tienden a influir en el niño llegando a generar conflictos y experiencias sociales negativas, en relación con los demás. Existen altas probabilidades de un rechazo social por parte de los compañeros, con lo cual existen grandes riesgos que surgen por la incapacidad de poder mantener una relación cercana con sus iguales. El niño con TDAH puede verse afectado a nivel social, académico y laboral. (Corral, 2006; Serrano, 2015).

Desde el departamento de Educación del País Vasco se ha elaborado una “Guía de actuación con el alumnado con TDAH” (2006), donde se recogen de manera breve los problemas asociados a este trastorno del neurodesarrollo (véase tabla 3).

Tabla 3. Problemas asociados al TDAH. Extraída de “Guía de actuación con el alumnado con TDAH” (2006).

PROBLEMAS ASOCIADOS AL TDAH			
<p>Comportamentales</p> <ul style="list-style-type: none"> •Desafiantes •Oposicionistas •No respetan las normas •Pérdida de control ante exigencias 	<p>Relaciones personales</p> <ul style="list-style-type: none"> •Rechazo por el grupo de iguales •Falta de habilidades sociales •Etiquetados por el entorno social •Baja tolerancia a las críticas 	<p>Estados de ánimo</p> <ul style="list-style-type: none"> •Dominados por la desilusión •Estado de ánimo decaído •Baja tolerancia a la frustración •Cambios bruscos de humor 	<p>Dificultades académicas</p> <ul style="list-style-type: none"> •Planificación •Procesamiento del pensamiento •Memoria de trabajo •Relaciones espacio temporales •Coordinación visomotora •Orden y pulcritud

En cuanto a las dificultades académicas que puedan surgir, el docente es el principal responsable de la intervención educativa obteniendo orientaciones si fueran pertinentes de otros profesionales, para valorar al niño de manera individualizada. La literatura especializada en este tema, afirma que existen dos áreas de conocimiento donde los niños con TDAH muestran mayores carencias; siendo éstas las matemáticas y la lectoescritura. (Corral, 2006; Rodríguez-Salinas et al., 2006).

3.4. EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA DEL TDAH

Para ayudar a la identificación del trastorno, existen diferentes cuestionarios que ayudan a garantizar un diagnóstico apropiado. Aún así, hay que considerar valorar el trastorno desde un punto de vista multidisciplinar, debido al alto porcentaje de comorbilidad; y así poner en marcha una intervención acorde a las necesidades que muestre el sujeto con TDAH.

A continuación, se presentan una selección de escalas y cuestionarios extraída de Vicente Félix Mateo (2006):

- **Estimaciones comportamentales para padres y profesores:**
 - *Escala Conners (1973)*, es la más usada actualmente en las investigaciones sobre el TDAH. Contiene 10 ítems y cada uno de ellos ofrece 4 opciones de respuesta (frecuencia de la conducta que se mencione).
 - *Cuestionario de situaciones en la Escuela (Barkley, 1981)*. La información recogida permite descubrir la conexión entre los déficits atencionales del niño y las situaciones en las que estas deficiencias provocan más problemas.
 - *Cuestionario de situaciones en el Hogar (Barkley, 1981)*. Mismos objetivos que el anterior pero en este caso, haciendo referencia al contexto del hogar.
 - *Escalas para la evaluación del déficit de atención e hiperactividad (E.D.A.H) (Farré y Narvona, 1997)*. El objetivo es recoger información sobre las conductas del niño. Consiste en un método estructurado de observación para el profesor (20 elementos), que se desglosan en una escala global y cuatro tipificadas.

- **Test y pruebas específicas para la evaluación de la atención:**
 - *Test de caras (Thurstone y Yela, 1979)*. Evalúa las aptitudes perceptivas y de atención. Contiene 60 elementos gráficos que representan dibujos con trazos básicos. Tiene aspecto lúdico y simple. Dura tres minutos y da información sobre la atención sostenida del niño.
 - *Subtest de Integración Visual del ITPA (Test Illinois de Aptitudes Psicolinguísticas. Kirk, McCarthy y Kir, 1986)*. Para sujetos con edades comprendidas entre los dos y los diez años. El niño tiene que identificar diferentes objetos familiares (botellas, perros, martillos,...) que aparecen

visibles en parte y que están inmersos en un fondo distractorio. Se evalúa a través de este test, la atención sostenida, la capacidad de reflexión y de perseverancia.

3.5. INTERVENCIÓN EN TDAH

Las intervenciones que se lleven a cabo con cualquier niño del que se sospeche que pueda ser diagnosticado en un futuro de TDAH, o que ya haya sido diagnosticado, deben centrarse siempre en el propio sujeto y en la familia del mismo. La precisión y seguridad de un buen diagnóstico, garantiza la respuesta adecuada de los profesionales de distintas disciplinas (maestros, pediatras, psicopedagogos,...), para promocionar el desarrollo social y personal de cara al presente y al futuro del niño.

En los últimos años, los especialistas coinciden en la eficacia de una intervención con tratamientos combinados: farmacológico, psicológico y psicoeducativo (Corral, 2006; Soriano y Miranda, 2001).

La *intervención farmacológica* debe llevarse a cabo en situaciones justificadas como explican Soriano y Miranda (2001), “existen dos razones para justificar el inicio del tratamiento medicamentoso: la severidad de la sintomatología y el grado de tensión que suscite en el propio niño, en sus padres o en sus profesores” (p. 437). Los diversos fármacos utilizados suelen ser los estimulantes, siendo el metilfenidato el más empleado para el tratamiento del TDAH. Soutullo (2003), cita que “se dispone de una gran cantidad de estudios y datos que indican la eficacia y seguridad de los estimulantes en el tratamiento de niños con TDAH” (p. 223). Aún así, es inevitable que puedan surgir preocupaciones y controversias por parte de las familias, a la hora de decidir si aceptar una intervención medicamentosa para sus hijos. Desde el papel del docente es necesario preguntarse si los efectos secundarios que pudieran originarse tras la medicación, compensan o no a la hora de reducir o eliminar las manifestaciones del trastorno; ya que según explica Corral (2006):

“...se pueden producir efectos secundarios adversos, como el insomnio, la pérdida de apetito, el agravamiento de tics o síntomas ansiosos preexistentes, (...) detención del crecimiento...” (p. 143).

Respecto a la *intervención psicológica*, la finalidad es dar a comprender el trastorno y que el sujeto sea consciente del mismo. “El tratamiento psicológico está orientado,

fundamentalmente, a la autorregulación, al control de la irritabilidad y a la mejora de la comunicación” (p. 141) (Calderón, 2001; Nicolau y García-Giral, 2002, citados en Corral, 2006).

La **autorregulación** se lleva a cabo para conseguir que el sujeto tome conciencia de su conducta y consiga regularla. Se busca realizar un aprendizaje que evalúe la conducta en relación con las normas del aula, de casa o de la calle. Dentro de la autorregulación, como técnica cognitiva más utilizada se usa “el entrenamiento en autoinstrucciones”. Dicha técnica consiste en que el sujeto tenga un diálogo interior para conseguir tomar conciencia de lo que está haciendo o de lo que va a hacer; por ejemplo: ser consciente de lo que está leyendo (Corral, 2006; Meichenbaum y Goodman, 1971, citados en Corral, 2006). Según apuntan Soriano y Miranda (2001), “Los psicólogos y los neuropsicólogos evolutivos han enfatizado en que la capacidad para hablar con uno mismo tiene características que resultan vitales para la autorregulación” (p. 426).

El **control de la irritabilidad** por su parte, consiste en alcanzar un aprendizaje interno y regulador de la conducta basado en autoinstrucciones (Corral, 2006). No hay que olvidar que los niños con TDAH son vulnerables a la frustración y además, les cuesta reconocer qué consecuencias tendrán sus actos tanto para ellos como para los demás. Esta técnica contribuye a disminuir el comportamiento oposicionista y desafiante que puedan originar tras esa frustración. Algunas de las autoinstrucciones que citan Soriano y Miranda (2001), son: “yo puedo manejar esta situación”, “me estoy poniendo nervioso y necesito calmarme”. En la etapa infantil, se usa el “tiempo fuera” para tratar la desobediencia, la hiperactividad y la agresividad. Consiste en sacar al niño a un lugar aislado y aburrido durante unos minutos, inmediatamente después de que realice un mal comportamiento (Soriano y Miranda, 2001).

La **mejora de la comunicación o los programas de comunicación**, también pretenden dotar al sujeto de la autoconciencia respecto a las consecuencias que pueden tener sus actos y los problemas de relación con los demás, si existiesen. En la parte que más concierne a la etapa infantil, hay que citar “la técnica de la tortuga” (López Soler y Martínez Núñez, 1999; citados en Corral, 2006; Corral, 2006). Esta técnica descrita por Soriano y Miranda (2001) como:

“...procedimiento que ayuda a canalizar de manera apropiada la expresión de las emociones, que con la impulsividad se desbordan acarreado consecuencias muy negativas para el sujeto” (p.430).

La tercera parte de la combinación del método multimodal, es la parte *psicoeducativa*, que describe Corral (2006) como el camino para que los padres acepten el problema de su hijo y puedan ayudarle a través de estrategias, reduciendo así el estrés que pueda originarse por las circunstancias sobrevenidas. Ello se llevaría a cabo a través de técnicas conductuales como el reforzamiento positivo y extinción, la economía de fichas y la sobrecorrección.

Los **refuerzos positivos** suelen ser “premios, puntos o privilegios, de forma contingente a la emisión de comportamientos deseados” (p.422). (Weber y Schenermann, 1991; citados en Soriano y Miranda, 2001). La aplicación de dichos refuerzos debe tener una frecuencia e inmediatez dirigiendo la atención al comportamiento adecuado. Por otro lado, se encuentra la **extinción**, que consiste en la retirada sistemática de la atención debido a un comportamiento no adecuado. (Soriano y Miranda, 2001).

La **economía de fichas** es la técnica que más se usa en las aulas para conseguir un ambiente de obediencia y para que se acaten las normas de la clase. Como cita Corral (2006), “son puntos entregados que actúan como reforzadores positivos, obtenidos tras una conducta positiva previamente establecida”. Generalmente los puntos se canjean en el mismo día al terminar la jornada escolar o bien, al finalizar la semana.

La **sobrecorrección**, es una técnica que describe Corral (2006), como:

“...supone reparar o restituir los efectos de las conductas destructivas (pintar en la pared, ensuciar el suelo,...), con la práctica positiva de una conducta adaptada (limpiar lo ensuciado, repintar la pared)” (p. 144).

En los niños más pequeños supondría corregirles ante conductas como recoger los juguetes de los rincones de trabajo, colgar bien los abrigos y las mochilas, etc.

4. METODOLOGÍA: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Como se ha comentado anteriormente en el marco teórico, además de los síntomas principales (hiperactividad, inatención e impulsividad) en el TDAH, pueden aparecer otros síntomas asociados como dificultades académicas. Por consiguiente, el contexto escolar es el elemento que puede ayudar a descubrir estas carencias e intervenir sobre ellas.

4.1. DESCRIPCIÓN DEL ALUMNO

Durante el periodo del Practicum II, se ha llevado a cabo una breve intervención sobre la inatención que mostraba un alumno de tres años. Dicha intervención ha sido aplicada en varios contextos para que de alguna manera no fuese parcial. Del mismo modo, se ha implicado a las personas que más tiempo interactúan con el niño, tanto a los padres como a los docentes.

A través de la observación directa en el aula en torno a un mes, se pudo ver que el niño se dispersaba con mayor frecuencia que sus compañeros y que debido a la falta de atención, realizaba de manera contraria las actividades que se proponían. Incluso, cabría señalar que confundía varios colores. En principio, se dudaba del origen de esta percepción bien por falta de aprendizaje, por un elemento a nivel cognitivo o debido a problemas visuales. Tras las informaciones recibidas desde el entorno familiar, el origen médico se descartó. Por otro lado, para conseguir que el niño iniciase, continuase y terminase las tareas, era necesario un refuerzo continuo por parte del adulto. Además, en algunas ocasiones era complejo el seguimiento de normas u órdenes indicadas; siendo estas claras y directas.

En el campo de las habilidades sociales, se trataba de un niño muy activo y participativo, que hablaba en exceso cuando se le daba la palabra y además, relataba todo lo que le pasaba en su día a día sin que esto tuviese relación con lo que estaba ocurriendo en el momento. Le costaba compartir los juguetes, siendo necesaria una mediación adulta para conseguirlo. En el ámbito emocional, era un niño con empatía y muy afectivo.

4.2. PROCEDIMIENTO

Basada en la revisión bibliográfica sobre el Trastorno del Déficit de Atención e Hiperactividad, la intervención consistió en la elaboración propia y seguimiento de un cuaderno de actividades que contenía diferentes fichas: de discriminación, atención, colores, e identificación de conocimientos previos, para reforzarlos. El objetivo era conseguir una mejora en aspectos como la atención, la motivación, el aprendizaje de los colores, etc. Además, se pretendía trabajar los elementos rutinarios citados anteriormente, donde aparecían carencias como acabar las tareas y evitar la frustración a la hora de realizar las actividades.

Mora (2013, p. 81), hace especial hincapié en la necesidad de que el docente a través de la curiosidad, consiga captar la atención del alumno, considerando que “sin atención no hay aprendizaje”. Por consiguiente, y teniendo en cuenta que era un niño al que le costaba trabajar en el colegio, la presentación y/o el estímulo de la intervención dirigida para él debía ser bastante motivadora para conseguir involucrarle desde el principio y sobre todo, alcanzar los objetivos de mejora. Gracias a la buena relación que existió entre el contexto familiar y la escuela, se manejaba gran cantidad de información respecto a cómo se comportaba en casa y fuera del ambiente educativo. Se verificó, a través de la familia, que en casa también le costaba mucho concentrarse en tareas que le requerían más concentración o esfuerzo, como la realización de puzles o la lectura de cuentos.

4.3. MATERIAL ELABORADO

El cuaderno de actividades elaborado para el destinatario de tres años, completamente personalizado, tenía como elemento atractivo e hilo conductor, una historia basada en unos dibujos animados llamados “La patrulla Canina”, con gran éxito entre los niños de la etapa de Educación Infantil. Constaba de seis personajes que de manera individualizada, piden ayuda al destinatario para realizar algunas fichas. Una vez realizadas, se le reforzaba con una pieza que le servía para acabar completando al final de todo el cuaderno, un puzle de los mismos dibujos animados. El alumno completó las fichas del cuaderno de actividades en el contexto familiar durante un periodo aproximado de tres – cuatro semanas, teniendo en cuenta la importancia de que el niño no se viese forzado a realizarlas en un tiempo limitado. Se le debía presentar el cuaderno como un elemento lúdico donde, como protagonista, tenía que ayudar a sus dibujos animados favoritos.

Por otro lado, en el aula, la intervención se basó en una mayor atención sobre el niño de manera directa: se le hacía hincapié en contenidos específicos (ej. colores) y se le prestaba una atención individualizada, también a la hora de realizar las actividades, para hacerle pensar e inhibir el impulso de cometer errores por falta de concentración y/o atención.

Respecto a la conducta, no difería mucho de la de cualquier otro niño de tres años; con lo cual, la técnica de modificación de conducta que se usaba en el aula era la misma para todo el colectivo infantil. Ésta estaba basada en el refuerzo positivo a través de la obtención de un gomet cada día, al finalizar la jornada escolar.

4.3.1. Selección de las fichas del cuaderno de actividades

Todas las fichas escogidas para trabajar los diferentes aspectos destinados a la mejora del aprendizaje, estaban adecuadas al nivel de desarrollo del niño de tres años. Incluso, en ellas se reforzaban conocimientos que de manera paralela se trabajaban en el aula en ese periodo: los transportes, el conteo y la grafía de los números, los colores, entre otros. De tal manera, que se buscaba realizar un aprendizaje significativo partiendo de los propios intereses del niño, a través de sus dibujos animados favoritos.

Como se ha citado en la presentación del cuaderno, el mismo estaba introducido por una historia que pretendía captar la atención del niño desde el principio. Aparecían los seis personajes pertenecientes a la serie de dibujos animados, pidiéndole ayuda para realizar las diferentes fichas que aparecían en él. (ANEXO I).

A medida que iban apareciendo las distintas fichas, cada personaje le pedía una ayuda específica, introduciendo así el trabajo que tenía que realizar a continuación. (ANEXO II). Además, le explicaban que si realizaba la ficha, conseguiría una pieza del puzle que tendría completado al concluir todas las actividades. Cada pieza tenía en la parte posterior del dibujo un número que correspondía con una posición con el mismo número, donde tenía que colocar dicha pieza. (ANEXO III)

El cuaderno de actividades constaba de diez fichas que trabajan diferentes aspectos que se pueden observar en la figura 4.

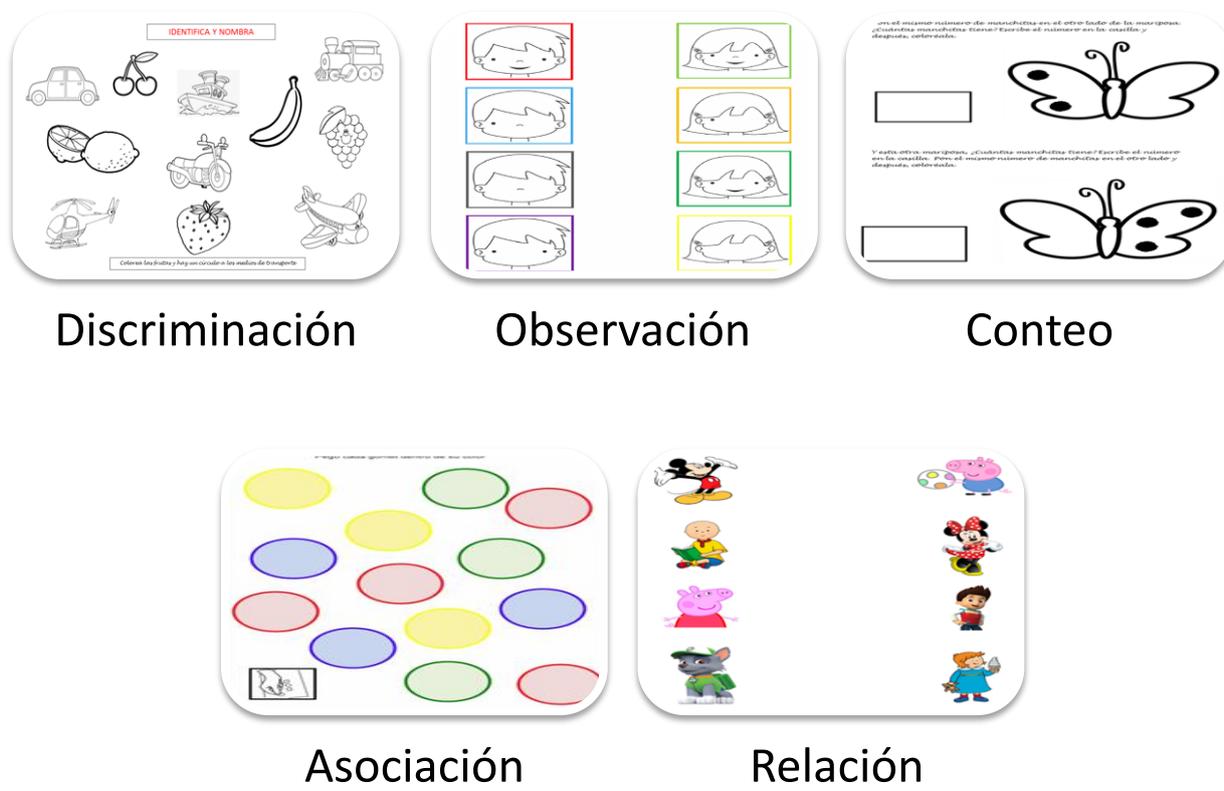


Figura 4. Selección de fichas pertenecientes al cuaderno de actividades.

Las fichas de **discriminación visual** implican trabajar la capacidad para seleccionar las características exactas de los elementos de dos grupos diferentes. Con ellas, se pretendía desarrollar esa capacidad para evitar dificultades a corto plazo en cuestión de errores a la hora de diferenciar semejanzas y diferencias. También se pretendía fomentar la capacidad para saber cotejar los elementos de pertenencia a un grupo concreto, como por ejemplo: las frutas y los medios de transporte.

Las fichas que implican **observación** eran necesarias para desarrollar la percepción visual y la atención. En este caso, se escogieron elementos que consistían en rellenar las imágenes de caras que estaban incompletas, teniendo el alumno que realizar un esfuerzo a través de la concentración para darle la solución adecuada.

Las fichas de **conteo** servían para reforzar los conocimientos que se trabajaban de manera paralela en el aula como los números y la grafía de los mismos. Incluso, servían para trabajar la asociación de número-cantidad. Dicha selección surgía de la importancia que tiene dominar esa competencia lógico-matemática. Asimismo, en la ficha de las mariposas, también se trabajaba de manera conjunta la discriminación y la observación de la simetría de las mismas; donde el niño tenía que rellenar el mismo número de manchas que el lado contrario.

Las fichas de **asociación** de colores eran necesarias para trabajar la discriminación de los mismos ya que el niño tenía dificultades para asociar el nombre al color correspondiente. Debido a que se descartó que la confusión pudiese tener un origen médico, había que trabajar esa dificultad en la percepción visual. En las fichas aparecen en primer lugar pocos círculos de diferentes colores que se han trabajado en el aula y en segundo lugar, otra ficha que añade dificultad debido a que se incorporan más número de círculos y de colores que debe discriminar y asociar.

Las fichas de **relación** consistían en la tarea de relacionar los diferentes dibujos que aparecían en dos columnas. En cada una de ellas, existían dos personajes distintos pero que pertenecían a la misma serie de dibujos animados. Se seleccionaron estos elementos, debido a que en el aula y a diario, los niños visualizaban en la Pizarra Digital Interactiva los diferentes dibujos. Con lo cual, era una buena opción trabajar aprovechando los intereses del niño.

4.4. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Se han llevado a cabo dos tipos de cuestionarios como instrumentos de valoración en dos contextos diferentes. Por un lado, para el contexto familiar, se elaboró un cuestionario con doce ítems, valorados en: nunca (0) – alguna vez (1) – siempre (2). Dicho cuestionario fue completado en dos momentos distintos. En un primer momento, se pretendía conocer la información, sobre cómo se comportaba el niño y qué tipo de motivación e interés mostraba ante diferentes actividades educativas y didácticas que le proponía la madre (ej. puzzles, rompecabezas, hacer series,...). Una vez obtenida esta información sobre el estado previo al seguimiento del cuaderno de actividades, los ítems escogidos valoraron, en este caso, el proceso de realización del cuaderno de actividades en relación al comportamiento del niño. Algunos de los ítems estaban basados en los criterios diagnósticos sobre el TDAH que recoge APA (2014). (ANEXO

IV). La recogida de datos de este cuestionario correspondiente al contexto familiar fue llevada a cabo por la madre del niño.

Por otro lado, el cuestionario que se realizó en el contexto escolar se completó también en dos momentos distintos. Uno antes de la intervención y otro una vez realizado el cuaderno. En este caso, el cuestionario constaba de once ítems basados en los criterios diagnósticos que recoge APA (2014) sobre el TDAH (ANEXO V). Al igual que el cuestionario de la valoración en el contexto familiar, éste también se apoyó en: nunca (0) – alguna vez (1) – siempre (2). Se pretendía, a través de los cuestionarios, comprobar si una vez realizada la intervención algunas variables mostraban cambios significativos o si, por el contrario, la intervención no tenía eficacia en ningún aspecto.

4.5. RESULTADOS

Los resultados iniciales de los cuestionarios marcaron, entre otras, varias deficiencias en la regulación y el control de la atención, en el abandono de tareas antes de su finalización y en la frustración ante trabajos que suponían esfuerzo y concentración.

Los resultados después de la intervención llevada a cabo, han demostrado una mejora significativa, en mayor o menor proporción, de las variables que se han evaluado. Aún así, habría que comprobar la eficacia del trabajo a través del cuaderno de actividades, en otro momento de intervención y con mayor muestra.

Como puede observarse en la figura 5, antes de la intervención realizada en el contexto familiar, el niño tenía carencias en la motivación a la hora de realizar actividades, teniendo una actitud negativa y poca predisposición a trabajar en casa. Según los datos recogidos tras la intervención, se observa una diferencia de mejora en estas variables, pasando de la puntuación menor a la mayor (0-2). Respecto al control inhibitorio y a los procesos atencionales, la tendencia observada es similar: aunque siendo menor la diferencia pre-post, la intervención ha conseguido una ligera mejora con la diferencia de un punto en todos los ítems relacionados con estas variables (2-1). En la misma línea de mejora, existen cambios favorables en la conducta del niño que se pueden observar tras la recogida de datos, a través de las variables que pretendían valorar la frustración ante resultados no esperados y la conformidad ante las indicaciones recibidas por los adultos. No obstante, hay que señalar que no existe

cambio favorable en la exigencia que realiza el niño para que sus demandas tengan solución inmediata.

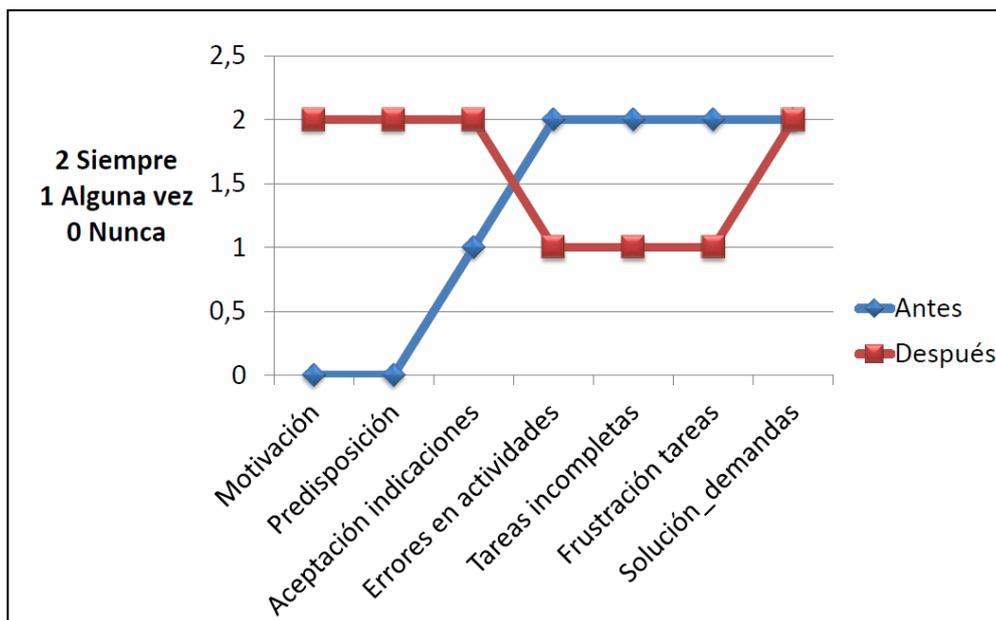


Figura 5. Resultados en el contexto familiar.

En lo que se refiere al contexto escolar, el análisis pre-post de la intervención manifiesta una tendencia favorable en el 90 % de los ítems relacionados con los procesos atencionales y de concentración, consiguiendo una ligera mejora de un punto (2-1). Sin embargo, hay una tendencia de mantenimiento de conducta en lo que respecta a la sensación que transmite cuando se le habla, ya que parece no escuchar, haciendo caso omiso del adulto; e incluso, no hay modificación de conducta en cuanto a la manera que tiene de aceptar las indicaciones de los adultos, siendo éstas con una frecuencia de “alguna vez”, mal recibidas (véase figura 6).

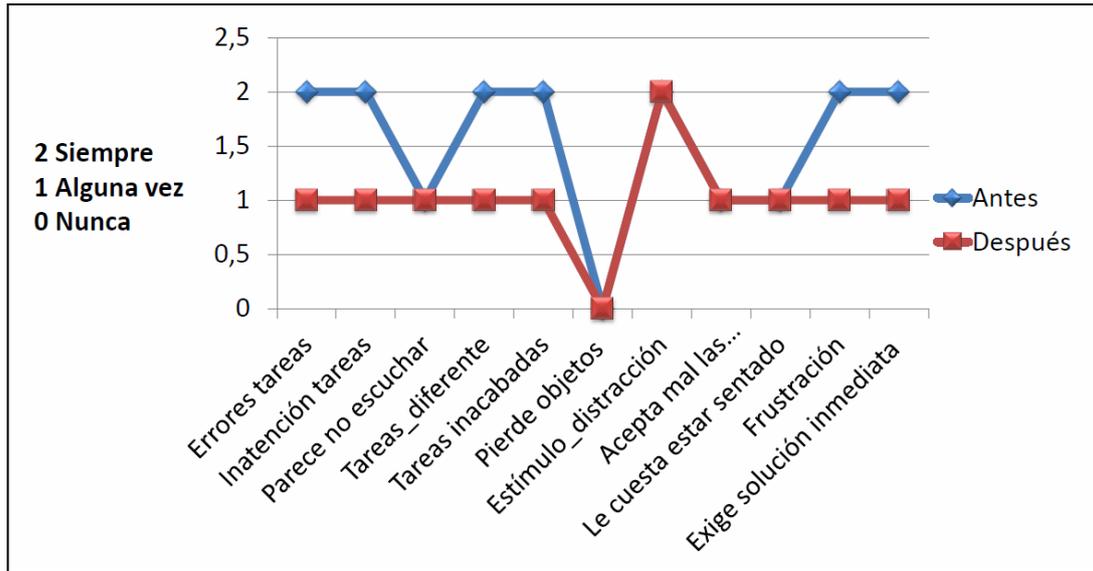


Figura 6. Resultados en el contexto escolar

En la misma línea de mejora, existen también cambios favorables en las variables analizadas que valoraban la frustración ante resultados no esperados. Por otro lado, cabría destacar la ligera mejora ante la exigencia inmediata a sus demandas, mostrando más autocontrol en el aula, tomando conciencia de pertenencia a un grupo donde tiene que saber esperar el turno.

5. CONCLUSIONES

Según los resultados obtenidos tras la intervención, se podría realizar una valoración teniendo en cuenta los criterios diagnósticos del DSM V, donde se podría poner de manifiesto la especial atención que debe recibir el alumno con el que se ha trabajado, ya que cumple algunos criterios que especifica el manual mencionado. En este caso, sería necesario realizar un seguimiento a través de la observación directa e incluso llevar a cabo alguna adaptación educativa que consiguiese alcanzar alguna otra mejora (aunque fuera de manera leve). Es necesario que ante alumnos que se encuentran en un aula de Educación Infantil con el mismo perfil, se les preste una atención prolongada aunque sea de manera preventiva, ya que, al tratarse de casos con edades comprendidas entre los tres y los seis años, no pueden ser diagnosticados y, además, en la primera etapa infantil, el niño puede desarrollar muchos cambios a

nivel de desarrollo y maduración que declinen lo valorado hasta el momento. Aún así, una intervención en un niño de tres años como la expuesta en el presente trabajo, merece la pena en cualquier caso, ya que si, de manera hipotética a largo plazo, no fuese diagnosticado, el niño habría sido objeto de una intervención que, lejos de perjudicarlo, le habría supuesto beneficios en diferentes aspectos tanto de atención como de refuerzo de conocimientos, aprendizaje de los colores, autocontrol inhibitorio, etc. Ello queda argumentado en los resultados buenos que ha tenido la intervención a través del cuaderno de actividades; destacando que era necesario conocer el comportamiento del alumno en diferentes contextos (educativo y familiar) para poder actuar con toda la información posible sobre él. Los objetivos de la intervención se han conseguido, ya que ha alcanzado un avance y mejora en el aula tanto de manera individual como de pertenencia al grupo (normas sociales como esperar el turno).

Todo ello desde el punto de vista educativo, ya que por otro lado, a día de hoy en lo que respecta al tratamiento e intervención desde el campo médico, hay un gran abanico de posibilidades e incertidumbres sobre la mejor manera de intervenir, diagnosticar y tratar a un niño con TDAH. Para muchos autores este trastorno del neurodesarrollo puede considerarse una moda del momento y de ahí la deliberación a la hora de diagnosticarlo e incluso poner en tratamiento farmacológico al sujeto, dejando de lado en ocasiones, los efectos secundarios nocivos que puedan acarrear. Por ello, se deberían realizar con la mayor precisión y rigor los diagnósticos, evitando así sobrediagnosticar este tipo de trastorno.

Por último, conviene resaltar la necesidad de una formación adecuada en los maestros para que ellos puedan dar una respuesta de calidad a la atención individualizada que precisan los alumnos con TDAH, siempre en coordinación y apostando por el trabajo multidisciplinar. No hay que olvidar que además de dar respuesta al niño con dificultades, el grupo clase seguirá siendo heterogéneo suponiendo al docente trabajar de tal manera, que el grupo avance y funcione adecuadamente, teniendo en cuenta el resto de características y ritmos de aprendizaje individuales.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Adahigi, Ahida, & Anadahi (2006). *Guía de actuación con el alumnado con TDAH*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
2. Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (DSM-5) 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
3. Barkley, R. (2011a). *TDAH: Diagnóstico, demografía y clasificación en subtipos: Curso para profesionales*. Madrid: Fundación Mapfre & Fundación Educación Activa.
4. Barkley, R. (2011b). *La naturaleza del TDAH: Las funciones ejecutivas y la autorregulación: Curso para profesionales*. Madrid: Fundación Mapfre & Fundación Educación Activa.
5. Barkley, R. (2011c). *Avances en la comprensión de la etiología del TDAH: Curso para profesionales*. Madrid: Fundación Mapfre & Fundación Educación Activa.
6. Brown, T.E., (2003). *Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos*. Barcelona: Masson S.A.
7. Corral, P. (2006). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la hiperactividad. En Pérez, M., Fernández, J.R., Fernández, C., Amigo, I. (Coords), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III, infancia y adolescencia*. 5 (pp. 137-149). Madrid: Pirámide.
8. Díaz, J. (2006). Comorbilidad en el TDAH. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente*, 6(1), pp. 44-55.
9. Félix, V. (2006). Recursos para el diagnóstico psicopedagógico del TDAH y comorbilidades. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 4(3) (10), pp. 623-642.
10. Marsh, E. y Graham, S. (2001). Clasificación y tratamiento de la psicopatología infantil. En: Caballo, V. y Simón, M.A, *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales* (pp. 29-55). Madrid: Pirámide.
11. Mora, F., (2013). *Neuroeducación*. Madrid: Alianza Editorial
12. Mulas, F., Gandía, R., Roca, P., Etchepareborda, MC., Abad, L. (2012). Actualización farmacológica en el trastorno por déficit de atención/ hiperactividad: modelos de intervención y nuevos fármacos. *Rev Neurol*, 54 (Supl 3), pp. 41-53.
13. Palacio, J.D., Ruiz-García, M., Bauermeister, J.J., Montiel-Navas, C., Henao, G.C., & Agosta, G. (2009). Algoritmo de Tratamiento Multimodal para Preescolares Latinoamericanos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Salud mental*, 32 (1), pp. 1-7.

14. Roberts, W., Milich, R., & Barckley, R. A. (2015). Primary Symptoms, Diagnostic Criteria, Subtyping, and Prevalence of ADHD. *En Russell A. Barkley (Ed.): Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment, Fourth Edition. 2*, (pp. 51-80). Nueva York: The Guilford Press.
15. Rodríguez-Salinas, E., Navas, M., González, P., Fominaya, S., Duelo, M., (2006). La escuela y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH). *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 8 (4), pp. 175-198.
16. Serrano, B. (2015). *TDAH ¿trastorno o moda?*. Madrid: SAN PABLO.
17. Soriano, M. y Miranda, A. (2001). Los problemas de comportamiento: El niño inatento e impulsivo en el aula. En D. Padilla y P. Sánchez (Eds.), *Bases psicológicas de la Educación Especial* (pp. 411-441). Grupo Editorial Universitario.
18. Soutullo, C. (2003). *Diagnóstico y tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. *Med Clin*, 120 (6) pp. 222-226.

7. ANEXOS

ANEXO I



¡Hola Carlos! Somos la Patrulla Canina y vamos a necesitar tu ayuda para hacer las actividades que hay en este cuaderno.

Hemos pensado en ti porque nos han contado en tu cole que eres un niño muy bueno y que trabaja muy bien. ¿Es verdad?

Sí es así... necesitamos que nos digas si quieres ayudarnos a hacer las fichas que nos han mandado a nosotros. Algunas son muy difíciles, pero seguro que con tu ayuda y la de tu mamá, nos salen genial.

¿Te atreves? Recuerda que hay que trabajar bien, estar muy atento y colorear sin salirse de los dibujos, que si no, no nos quedará igual de bonito.

A cada uno de nosotros, nos ayudarás con una ficha diferente. En algunas de ellas, si lo haces bien, ganarás una pieza de un puzle que podrás acabar al final del cuaderno.

¡GRACIAS POR TU AYUDA CARLOS!, ¡ESPERAMOS PASARLO MUY BIEN!



ANEXO II

Carlos, nos han contado que te gusta mucho el color rojo, por eso he pensado que me ayudes primero a mí. ¿Te parece bien?

¡Vamos con la primera ficha!

Si lo haces bien, podrás pegar la primera ficha del puzle. ¡SUERTE!



Creo que te gustan mucho las pegatinas como a mí. Por eso, esta ficha es muy divertida.

¿Te apetece que rellenemos los círculos? Atento a los colores.

Al acabar podrás pegar tu pieza número 3 del puzle.



¡Tenemos un problema, Carlos! Me ha llamado mi amigo Oso, y me ha dicho que le falta algo a su coche.

Dibujalo y coloréalo para que pueda irse a trabajar.

Te regalaré la pieza número 4 del puzle. ¡Estás trabajando genial!



¿Hasta cuánto sabes contar?

A mi amiga la mariposa, se le han borrado sus manchitas mientras se bañaba, y necesita que se las vuelvan a dibujar.

Es muy difícil, pero seguro que puedes hacerlo amigo Carlos.

Si lo logras, te daré la pieza 5 del puzle.



ANEXO III



ANEXO IV

Tabla como instrumento para valorar en casa

NUNCA (0) / ALGUNA VEZ (1) / SIEMPRE (2)

Durante las actividades se ha mostrado motivado	0	1	2
No le ha supuesto un esfuerzo y le ha parecido bien trabajar en casa	0	1	2
Ha mostrado interés durante todo el proceso hasta completarlo	0	1	2
Estaba de acuerdo con las indicaciones que le hacía el adulto y las seguía	0	1	2
En algunas ocasiones, realizaba la tarea de manera distinta a como se le indicaba	0	1	2
Ha podido verse influido negativamente a la hora de realizar una actividad por falta de concentración (cometer algún error por descuido)	0	1	2
Durante alguna tarea ha preferido dejarla incompleta e inacabada.	0	1	2
Ha estado muy atento al hilo conductor de las actividades	0	1	2
La construcción del puzle no le ha sido complicada y le ha gustado	0	1	2
A raíz de esta actividad, ha mostrado un cambio a mejor en algunos aspectos	0	1	2
Cuando algo no le salía bien se frustraba	0	1	2
Exigía solución inmediata a sus demandas	0	1	2

ANEXO V

Tabla como instrumento para valorar en clase.

NUNCA (0) / ALGUNA VEZ (1) / SIEMPRE (2)

Presta atención insuficiente a los detalles y comete errores por descuido en las tareas escolares u otras actividades.	0	1	2
Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades de juego	0	1	2
Parece no escuchar cuando se le habla directamente	0	1	2
Cuando se le encarga una tarea, la realiza de manera distinta a como se le indica.	0	1	2
Abandona lo que está haciendo antes de acabarlo (tareas escolares, encargos, ...)	0	1	2
Pierde cosas que son necesarias para sus tareas o actividades (juguetes, lápices, ...)	0	1	2
Cualquier persona (objeto, cosa o ruido) le distrae de lo que está haciendo.	0	1	2
Acepta mal las indicaciones de los adultos	0	1	2
Le cuesta permanecer sentado en situaciones que lo requieren	0	1	2
Sus esfuerzos se frustran fácilmente	0	1	2
Exige solución inmediata a sus demandas	0	1	2