

TRABAJO FIN DE GRADO

**“Aplicación del protocolo de coordinación para la
atención al T.D.A.H. Detección, derivación,
diagnóstico e implementación de adaptaciones en
un caso práctico”**

**GRADO EN EDUCACIÓN PRIMARIA
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID
ESCUELA UNIVERSITARIA DE MAGISTERIO
CAMPUS DE SEGOVIA**

**ALUMNA: NOELIA GARCÍA BUENO
TUTOR: JOSÉ MARÍA ARRIBAS ESTEBARANZ**

Índice

1. JUSTIFICACIÓN.	2
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.	2
1.2. RESUMEN.	5
1.3. PALABRAS CLAVE.	5
1.4. ESTRUCTURA DEL T.F.G.	5
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.	7
2.1. TDA/H.	7
2.1.1. ¿Qué es el TDAH?	7
2.1.2. ¿Cuáles son las causas?	8
2.1.3. ¿Qué subtipos se conocen? y ¿cuáles son sus manifestaciones?	8
2.1.4. ¿Cómo influye el TDAH en el rendimiento escolar?	10
2.1.5. ¿Qué otros trastornos asociados pueden aparecer?	10
2.1.6. ¿Cómo se puede diagnosticar?	11
2.1.7. ¿Cuál es su tratamiento?	13
2.2. ENTORNO FAMILIAR Y TDAH.	16
2.3. CENTRO EDUCATIVO Y TDAH.	17
3. ESTUDIO DE CAMPO.	19
3.1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.	19
3.2. DESCRIPCIÓN DEL CASO.	19
3.3. ANÁLISIS DEL CONTEXTO.	23
3.4. APLICACIÓN DEL PROTOCOLO.	25
3.5. INTERVENCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE ADAPTACIONES.	27
3.6. RESULTADOS EN EL MOMENTO ACTUAL.	29
4. CONCLUSIONES.	31
5. BIBLIOGRAFÍA, WEBS DE INTERÉS Y LEGISLACIÓN VIGENTE.	32
6. ANEXOS.	35

1. JUSTIFICACIÓN.

El Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (en adelante TDAH) se conoce como un trastorno de origen neurobiológico que normalmente tiene su inicio en la infancia y que suele perdurar hasta la edad adulta, fundamentalmente en los casos en los que no es diagnosticado y tratado a tiempo. Sus manifestaciones más frecuentes son: un aumento de la actividad física o hiperactividad, déficit en el control de impulsos y dificultad para mantener la atención. Frecuentemente se asocia a otros trastornos y presenta carácter crónico en la mayoría de los casos.

El TDAH se considera como uno de los trastornos psiquiátricos con mayor prevalencia en la población infantil. Tal y como se recoge en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSMIV- RV, actualmente está en proceso de revisión para ser sustituido por el DSM-V, de la Asociación Americana de Psiquiatría (en adelante APA), se estima que entre el 3 y el 7% de los escolares lo presenta en mayor o menor grado de intensidad.

Aunque es un trastorno de reciente catalogación, el TDAH es uno de los de los problemas clínicos y de salud pública más significativa, respecto a cormobilidad y discapacidad, que afecta a niños/as y adolescente. También, representa uno de los motivos más frecuentes de consulta debido a las secuelas que tiene en los diferentes ámbitos de la vida.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

Ante la presencia y atención directa de alumnos/as con TDAH (que manifiestan una disminución del rendimiento académico, dificultades en la adaptación social y como resultado, serios desajustes emocionales), con los profesores/as que los atienden (en muchos casos desconocen los síntomas del trastorno y no son conscientes de las consecuencias que el TDAH provoca en el alumno) y también con la familia (necesitada de pautas para poder controlar y canalizar de forma adecuada los síntomas

de su hijo con TDAH), han sido los motivos para investigar y aplicar el protocolo de coordinación con el objetivo último de atender las necesidades específicas de apoyo educativo que presentan y garantizar que alcancen el máximo desarrollo personal, intelectual, social y emocional.

El trastorno se manifiesta de manera diferente según la edad. Los cambios emocionales, personales, sociales y académicos que experimenta un niño a lo largo de su desarrollo conllevan una gran capacidad de adaptación. Pues bien, en un alumno/a con TDAH, cuyas alteraciones cognitivas y ejecutivas (según recientes investigaciones) le condicionan la vida y son determinantes en su adaptación a las exigencias académicas y a las relaciones sociales, podemos afirmar que estos cambios se magnifican. Concretamente disminuye la excesiva actividad motriz pero aumentan los comportamientos inadecuados y el bajo rendimiento académico.

Como podemos comprobar el TDAH es un trastorno crónico, en el que la edad y maduración neurobiológica del niño/a puede llegar a eliminar o reducir los síntomas en algunos de los casos, en otros se mantendrán las alteraciones cognitivas y ejecutivas, que condicionarán su vida futura, y que serán determinantes en su adaptación a las exigencias académicas, laborales y de las relaciones sociales.

El entorno familiar, juega un papel muy importante tanto en el origen como en el mantenimiento de este trastorno por lo que es un ámbito prioritario a la hora de realizar la evaluación del trastorno como en la organización de la respuesta educativa. Las familias de los alumnos/as con TDAH necesitan comprensión, ya que normalmente se prejuzga y se conjetura que las conductas inadecuadas de su hijo/a son resultado único del estilo educativo que mantienen. Por eso es necesario que informe detalladamente a los profesionales de la educación de las características de su hijo/a, no para que le traten de manera diferente, sino para adecuar el proceso de enseñanza- aprendizaje a sus particularidades. Es también muy importante aunar criterios educativos, entre familia y centro educativo, para que exista continuidad entre dichos contextos.

Los docentes que atienden al alumno/a con TDAH, en ocasiones desconocen las características que presentan estos alumnos/as, no comprenden los síntomas del trastorno así como las consecuencias que provocan en el alumno/a y por lo tanto ignoran cómo actuar convenientemente para ayudarlo a desarrollar sus habilidades académicas de forma óptima.

Por otra parte, los profesionales del ámbito sanitario necesitan que existan comunicación y transmisión de la información por parte las especialistas en Pedagogía Terapéutica con el objetivo prioritario de garantizar el éxito de las intervenciones y la continuidad educativa a lo largo del proceso.

Todo ello son motivos suficientes para comenzar un proceso de indagación (investigación – acción) e innovación educativa en el aula. Además de ser una tarea básica entre las atribuciones del profesor/a actual en el quehacer diario, conlleva adquirir una serie de habilidades necesarias tales como: definir problemas, proponer soluciones, diseñar procedimientos para su comprobación y obtener evidencias sobre la validez de dichas soluciones. Así pues, dos son los objetivos prioritarios de este TFG:

- ✓ Por un lado, dotar de un marco teórico que permita un conocimiento general de qué es el TDAH.
- ✓ Por otro lado, investigar en la práctica diaria para desarrollarse profesionalmente a través de la reflexión. Ya que el proceso de reflexión nos informa de lo que debemos cambiar, cómo y cuándo, para reforzar y facilitar el proceso de aprendizaje de estos alumnos.

El problema de investigación se centra pues en la detección, derivación y diagnóstico a través de la aplicación del protocolo de coordinación para la atención al T.D.A.H, así como de la implementación de adaptaciones.

Como maestra especialista en Pedagogía Terapéutica formo parte del Departamento de Orientación compuesto por nueve profesionales especialistas que nos encargamos de apoyar la labor del centro y del conjunto del profesorado, de la planificación y desarrollo de las actividades de orientación y, de la atención a la diversidad en los distintos niveles y etapas educativas. Pero además, ofrecemos asesoramiento y ayuda al alumnado y a las familias.

El ámbito de actuación en el que participo es el referido al apoyo al proceso de enseñanza- aprendizaje, a través del programa de atención a Acnees y el programa de Compensación Educativa. Compartimos la idea de “desdibujar perfiles”, es decir, atender a todos los alumnos (sin importar en que programa estén incluidos) que necesiten un apoyo específico. De esta forma intentamos desarrollar al máximo las capacidades de cada alumno y el respeto a las diferencias individuales.

En este curso escolar he atendido a veintidós alumnos con categorizaciones muy diversas. Entre ellos está el alumno al que se dirige mi intervención, un alumno TDAH.

1.2.RESUMEN.

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (en adelante T.D.A.H) es uno de los trastornos catalogados como psiquiátricos más habituales en la etapa de la adolescencia, que repercute negativamente en los ámbitos familiar, educativo y social. Esta realidad de ha traducido en un aumento de las intervenciones de los Departamentos de Orientación de los Centros Escolares y un incremento de las consultas clínicas. La coordinación entre estos dos ámbitos es sumamente necesaria para que las intervenciones llevadas a cabo sean efectivas y funcionales.

Con este trabajo se pretende mostrar que el Protocolo de Coordinación es una herramienta de trabajo útil que nos permite dotar de una coherencia a las actuaciones y garantizar la correcta atención y seguimiento de los alumnos que presentan T.D.A.H.

1.3.PALABRAS CLAVE.

Investigación, TDAH, Protocolo, diversidad, multimodal.

1.4.ESTRUCTURA DEL TRABAJO.

El presente trabajo consta de seis capítulos.

En el primero de ellos se recoge una breve justificación, se plantea el problema de investigación y se concretan los objetivos que se persiguen. También, se argumenta la relevancia del tema escogido, así como su vinculación con las competencias propias del Título.

En el segundo capítulo se aborda la fundamentación teórica del T.D.A.H. recogiendo su definición atendiendo a la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-RV, 2002) de la APA.

Se profundiza en aspectos como la etiología del trastorno, la sintomatología, prevalencia, comorbilidad, diagnóstico y tratamiento. Así mismo se trata de manera exhaustiva el papel de la familia y del centro educativo como piezas clave a la hora de encauzar el comportamiento del alumno con TDAH y minimizar los efectos de sus síntomas con el fin de mejorar su aprendizaje, sus habilidades sociales y su autoestima.

En un tercer capítulo se desarrolla el estudio de campo, es decir, el plan de trabajo que se ha llevado a cabo para el análisis, desarrollo de la situación que lo ha provocado e intervenciones realizadas. Consta de cinco epígrafes interrelacionados. En el primero se enumeran los objetivos de investigación a partir de los cuales gira la intervención en los distintos ámbitos.

A continuación se analizan variables de carácter social, evolutivas, de aprendizaje y de origen familiar del alumno TDAH como primer paso para aplicar el protocolo y realizar una evaluación funcional que constituirían el segundo epígrafe. La puesta en marcha de la intervención así como la implementación de adaptaciones conforman el tercer y cuarto epígrafe respectivamente. Para finalizar se expondrán los resultados obtenidos en el momento actual.

Las conclusiones e implicaciones del trabajo realizado aparecen reflejadas en el cuarto capítulo.

En el quinto capítulo, se detalla una seleccionada revisión de las referencias bibliográficas, páginas web de destacada relevancia y la legislación vigente en la que se fundamenta el presente trabajo.

Finalmente, los anexos se recogen en el capítulo sexto.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

2.1. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

2.1.1. ¿Qué es el TDAH?

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-RV, 2002) de la APA describe el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad como aquel trastorno que se caracteriza por presentar un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad/impulsividad, que es más frecuente y grave que el patrón observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar. Generalmente se manifiesta antes de los siete años de edad y las alteraciones provocadas por los síntomas se presentan como mínimo en dos ambientes, afectando la actividad social, académica y/o laboral.

El Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad es un trastorno de origen neurobiológico que se caracteriza por tres síntomas clave: déficit de atención, hiperactividad e impulsividad.

En cuanto al déficit de atención:

- Dificultades para concentrarse
- Distracción fácil
- Pérdida u olvido de objetos, citas.
- Dificultades para seguir órdenes

Por lo que se refiere a la hiperactividad:

- Movimiento excesivo o inapropiado
- Habla excesiva o poco oportuna
- Emisión de ruidos

Respecto a la impulsividad:

- Desinhibición
- Actuar sin pensar
- Dificultades para planificar

2.1.2. ¿Cuáles son las causas?

En la actualidad, aún no se conoce la causa exacta del TDAH. Las últimas investigaciones confirman que es un trastorno neurobiológico con un indudable componente genético y que existe una alteración en el funcionamiento de dos neurotransmisores cerebrales: la noradrenalina y la dopamina. Estas sustancias no funcionarían correctamente en algunas áreas del cerebro, como en la corteza prefrontal. Esta zona del cerebro está implicada en el control de algunas funciones, como son la atención, la concentración y la impulsividad, que se encuentran afectadas en el TDAH. Pero también, existen, otros factores de riesgo relacionados, como son circunstancias sociales y ambientales muy desfavorables, problemas durante el parto, alteraciones neurológicas y déficits sensoriales, entre otros.

2.1.3. ¿Qué subtipos se conocen? y ¿cuáles son sus manifestaciones?

Tomando como referencia la clasificación norteamericana de enfermedades psiquiátricas DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, de la Asociación Americana de Psiquiatría), no todas las personas que padecen un TDAH tienen el mismo cuadro clínico. En algunas predominan los síntomas de inatención, en otras los de hiperactividad e impulsividad, y en otras hay problemas tanto atencionales como de hiperactividad e impulsividad (APA, 1995, 2002). Estas variantes determinadas por el síntoma predominante son conocidas como "subtipos". A continuación se describen los principales síntomas de cada uno de los subtipos de TDAH propuestos por el DSM-IV-RV (2002):

❖ TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD, CON PREDOMINIO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN (TDAH/I)

Este subtipo se caracteriza porque el déficit central tiende a ser la lentitud en el procesamiento de la información, un estado de alerta y vigilancia inconsistente, especialmente cuando la información se presenta por la vía auditiva. Respecto a la conducta social, estos niños son más pasivos, tienen un conocimiento social limitado y no suelen evidenciar problemas de control emocional.

Los síntomas manifestados son los que siguen:

- Tienen gran dificultad para mantener la atención a un estímulo o varios a la vez.
- Parece que no escuchan.
- Problemas para seguir instrucciones, no terminan las tareas.
- Dificultad para organizarse, para establecer un orden.
- Les cuesta iniciar la tarea.
- Evitan tareas que requieren esfuerzo mental sostenido.
- Olvidan y pierden cosas necesarias para su actividad.
- Suelen distraerse con estímulos irrelevantes.
- Se olvidan de las actividades diarias.

❖ TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD, CON PREDOMINIO DE HIPERACTIVIDAD/IMPULSIVIDAD (TDAH/H-I)

Este subtipo se caracteriza por la hiperactividad y la impulsividad. Atendiendo a la hiperactividad, estos niños muestran una actividad motora (movimiento) y vocal excesiva e inapropiada para su edad. Los síntomas son los siguientes:

Hiperactividad:

- Inquietud, mueven constantemente manos y pies.
- Se levantan sin motivo cuando deberían estar sentados.
- Corren y saltan en situaciones inapropiadas.
- Presentan dificultad para jugar tranquilamente.
- Actúan como si estuviesen impulsados por un motor.
- Hablan excesivamente.

Respecto a la impulsividad, los niños que presentan este síntoma se caracterizan por mostrar falta de autocontrol e incapacidad para inhibir conductas. Suelen actuar antes de pensar, se precipitan en las tareas, tienen falta de planificación y organización, se inmiscuyen en conversaciones interrumpiendo, se muestran impacientes. Los síntomas que manifiesta este subtipo con respecto al déficit en el control de impulsos son los siguientes:

Impulsividad:

- Responden de forma precipitada a las preguntas.
- No son capaces de guardar el turno de palabra.
- Interrumpen constantemente a otros en los juegos, conversaciones, etc.

❖ **TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD, TIPO COMBINADO, (TDAH/C).**

En este subtipo se combinan tanto síntomas de déficit de atención como de hiperactividad e impulsividad.

2.1.4. ¿Cómo influye el TDAH en el rendimiento escolar?

Tal y como señala Spencer J. (2007) los niños/as con TDAH presentan más dificultades de aprendizaje que el resto de la población escolar, siendo este hecho uno de los principales motivos de consulta y de fracaso escolar. El bajo rendimiento académico es debido, en parte, a las propias dificultades organizativas, de planificación, priorización, atención y precipitación de la respuesta que obedecen a las alteraciones de las funciones ejecutivas (memoria de trabajo e inhibición de la respuesta) propias del TDAH, y a las dificultades específicas que comportan los trastornos específicos del aprendizaje frecuentemente asociados como es la dislexia. Hay que reseñar que las niñas con TDAH muestran una menor presencia de trastornos del aprendizaje asociados y mejores habilidades en la capacidad lectora.

2.1.5. ¿Qué otros trastornos asociados pueden aparecer?

El TDAH, además de afectar al desarrollo social, emocional y académico de los niños/as que lo padecen, suele presentarse con otros trastornos asociados. Éstos pueden darse cuando no se ha tratado el TDAH de manera adecuada durante un largo periodo de tiempo, pero también pueden surgir por otros motivos que no están relacionadas con la enfermedad.

Este trastorno puede ir asociado a otras D.A. (Dificultades de aprendizaje, de aquí en adelante) como el trastorno de la lectura, de la escritura, del cálculo, etc., y representa de forma combinada con muchas de ellas. Según el Manual diagnóstico y

estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV): "Habitualmente, los síntomas empeoran en las situaciones que exigen una atención o un esfuerzo mental sostenidos o que carecen de atractivo o novedad intrínsecos (p. ej., escuchar al maestro en clase, hacer los deberes, escuchar o leer textos largos, o trabajar en tareas monótonas o repetitivas)".

Son numerosos los estudios que ponen de manifiesto la alta presencia de trastornos comórbidos al TDAH, tales como el estudio MTA (1999) (citado en Martínez y Conde, 2009) que reveló que el 70% de los niños diagnosticados de TDAH con edades comprendidas entre 7-9 años cumplía los criterios diagnósticos de, al menos, otro trastorno psicológico. De estos, el 40% de los menores satisfacía los criterios diagnósticos del Trastorno Negativista Desafiante, el 34% presentaba Trastorno de Ansiedad y el 14% Trastorno Disocial.

Actualmente, los resultados de las investigaciones son innegables en cuanto a la vinculación del TDAH con trastornos del comportamiento (trastorno negativista desafiante y trastorno disocial), trastornos del aprendizaje y trastornos de ansiedad.

2.1.6. ¿Cómo se puede diagnosticar?

El diagnóstico del TDAH en niños/as y adolescentes debe realizarlo un facultativo (pediatra, psiquiatra, neuropediatra, psicólogo clínico o neuropsicólogo) con preparación y amplia experiencia en la valoración y diagnóstico del TDAH y sus comorbilidades más frecuentes.

El diagnóstico del TDAH es únicamente clínico. Primeramente a través de la información obtenida de los niños/as y de sus padres. Después respaldado por la presencia de los síntomas característicos del trastorno, con una clara repercusión a nivel familiar, académico y/o social. Y finalmente, tras haber excluido otros trastornos o problemas que puedan justificar los síntomas observados.

A través de las entrevistas, es necesario obtener información respecto a los problemas actuales del niño/a, la naturaleza de los síntomas (frecuencia, duración, variación situacional de los síntomas), la edad de inicio y el grado de repercusión en los diferentes ámbitos de la vida del niño/a.

Es necesario evaluar también los antecedentes familiares (dado el carácter genético del trastorno), el funcionamiento familiar y los antecedentes personales (embarazo, parto y período perinatal, desarrollo psicomotor, antecedentes patológicos e historia de salud mental del niño). También se hace necesaria llevar a cabo una exploración física y psicopatológica del niño/a, y recoger información de la escuela y sobre el rendimiento académico a lo largo de toda su historia escolar.

La exploración neuropsicológica y psicopedagógica no son imprescindibles para el diagnóstico de TDAH en niños/as y adolescentes. Sin embargo, es recomendable el estudio neuropsicológico cuando se sospeche la presencia de un trastorno específico de aprendizaje comórbido o sea importante valorar el perfil de funcionamiento cognitivo. También, la evaluación psicopedagógica permitirá valorar otros aspectos como el estilo de aprendizaje, el nivel de competencia curricular y establecer los objetivos de la intervención reeducativa posterior.

Para la evaluación del TDAH es preciso obtener información del niño/a, de los padres además de los docentes, acerca de los síntomas que manifiesta. La información puede obtenerse mediante un amplio abanico de posibilidades: preguntas abiertas, preguntas específicas, entrevistas semiestructuradas, cuestionarios y escalas.

Concretamente, el empleo de escalas de valoración de los síntomas es siempre un complemento muy útil a la entrevista clínica. Existen escalas y cuestionarios, para valorar los síntomas del TDAH y su intensidad, que suelen administrarse a los padres y a los maestros. También es frecuente utilizar escalas más amplias de psicopatología general para detectar si existen otros trastornos asociados.

Existen dos sistemas de clasificación internacional:

- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) (APA, 2001)¹⁰.
- Sistema de Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales (CIE-10) (OMS, 1992)¹¹.

Los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR y la CIE-10 se encuentran en el Anexo 1.

Los criterios específicos que se incluyen en el DSM-IV-TR y en la CIE-10, recogen un listado similar de 18 síntomas, referidos a conductas de desatención, hiperactividad e

impulsividad. Estos dos sistemas de clasificación coinciden en varios puntos importantes:

- Inicio de los síntomas antes de los 6 años (CIE-10) o 7 años (DSM-IVTR).
- los síntomas se han de mantener a lo largo del tiempo (persistir al menos durante 6 meses),
- se han de presentar en diversas situaciones de la vida del niño,
- han de causar un deterioro funcional, y
- los síntomas no pueden ser mejor explicados por otros trastornos.

A pesar de que los criterios diagnósticos actuales no permiten el diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes con trastornos generalizados del desarrollo, un número significativo de estos pacientes presentan también sintomatología compatible con TDAH, que precisa evaluación y tratamiento específico.

Actualmente, tanto los criterios del DSM-IV-TR como los de la CIE-10 se encuentran en proceso de revisión, pues se están elaborando el DSM-V y la CIE-11.

2.1.7. ¿Cuál es su tratamiento?

Las investigaciones más recientes defienden el tratamiento multimodal como el más efectivo para el abordaje terapéutico del TDAH, que comprende el tratamiento farmacológico (si se considera oportuno para el caso concreto), terapia psicológica cognitivo-conductual, abordaje psicopedagógico y asesoramiento y formación a padres.

El tratamiento del TDAH en niños/as y adolescentes se realiza de manera individualizada en función de cada niño y su familia. El objetivo prioritario es mejorar los síntomas y reducir la aparición de otros trastornos asociados, ya que por el momento no existe una cura para el TDAH.

Está demostrado que la combinación de tratamientos farmacológicos y psicológicos tiene la potencialidad de que ejerce efectos inmediatos en los síntomas del TDAH mediante la utilización de la medicación, así como efectos de larga duración gracias al desarrollo de estrategias y habilidades cognitivas y de comportamiento proporcionadas por el tratamiento psicológico.

A continuación se presenta brevemente cada uno de los tratamientos que actualmente se abordan en el manejo del TDAH.

✚ **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:** este tratamiento puede iniciarse con seguridad a partir de los seis años de edad, aunque en casos más graves puede iniciarse con anterioridad, siempre bajo criterio psiquiátrico. Los medicamentos empleados en el tratamiento del TDAH se dividen en estimulantes y no estimulantes.

• Fármacos Estimulantes

Los fármacos estimulantes, como el metilfenidato, son los mejor estudiados en niños/as y adultos con TDAH con más de 200 ensayos clínicos publicados. En este grupo, se incluyen el Metilfenidato (conocido como Rubifén y Concerta) que se comercializa en nuestro país. Existen tres tipos de metilfenidato en función de la duración de su acción: inmediato, intermedio y prolongado.

Son muchas las polémicas en torno a este tipo de fármacos y son comprensibles los temores de los padres ante el uso de fármacos de este tipo, pero la investigación ha demostrado que no hay ninguna razón científica para privar a niños, adolescentes y adultos de ellos cuando los necesitan.

El metilfenidato es el fármaco de primera elección en el tratamiento del TDAH y es constatable la mejora la conducta, el rendimiento académico y la adaptación social del 70-90% de los niños/as, aunque el nivel de respuesta depende en gran medida por los trastornos asociados. Está indicado en casos en los que los problemas de desatención, hiperactividad e impulsividad son de tal intensidad que suponen un deterioro significativo en la vida académica y en la adaptación social.

En ocasiones aparecen efectos secundarios tales como dificultad para conciliar el sueño, irritabilidad, pérdida del apetito, dolor de cabeza, dolor abdominal y pérdida de peso, aunque suelen considerarse transitorios y de poca importancia. Aunque en determinados casos es necesario suspender el tratamiento, siempre bajo prescripción médica.

• Fármacos No Estimulantes

El fármaco no estimulantes que ha mostrado eficacia en el manejo de este trastorno, tanto en niños como en adultos es la atomoxetina (conocido en nuestro país con el nombre de Strattera). Este medicamento es un inhibidor selectivo de la captación de noradrenalina y reduce los síntomas principales del TDAH (actividad motora excesiva, desatención e impulsividad) con una eficacia similar a los psicoestimulantes pero con menos dificultades.

Otra ventaja es que es apropiado cuando el TDAH está asociado a otra patología (ansiedad, depresión, tics). En general tiene buena tolerancia, da pocos problemas de activación de los estimulantes y los efectos secundarios se presentan cuando se inicia el tratamiento, son transitorios y consisten en astenia, dolor abdominal, cefalea, pérdida de apetito y peso.

✚ **TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES.** Los tratamientos cognitivo-conductuales comprenden, en la actualidad, un amplio abanico de estrategias dirigidas a dotar de habilidades cognitivas para paliar los déficits cognitivos (autoevaluación, habilidades de resolución de problemas, claridad de prioridades, etc.), habilidades emocionales (relajación, resistencia a la frustración, control y expresión de emociones,), habilidades sociales (empatía, asertividad, etc.), habilidades instrumentales (control del tiempo, habilidades de comunicación, etc.).

Las aproximaciones más utilizadas dentro de las terapias cognitivo-conductuales son:

➤ **TERAPIA CONDUCTUAL:** es una terapia basada en el entrenamiento de padres y profesores en la medición de conductas, el diseño de programas de refuerzo conductual y la coordinación de dichos programas entre el centro educativo y el hogar.

➤ **MANEJO DE CONTINGENCIAS:** es la intervención conductual más elemental que consiste en la aplicación directa de consecuencias positivas y negativas dentro de ambientes escrupulosamente estructurados.

➤ **INTERVENCIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES:** van dirigidos directamente al niño/a, generalmente en grupos reducidos. Contiene entrenamientos en

auto instrucciones (para mejorar la mediación verbal y el autocontrol), resolución de problemas (para mejorar la planificación de conductas sociales y habilidades académicas), auto-refuerzo (para reducir la dependencia del adulto y sus recompensas), y aprendizaje del error (para redirigir la conducta ante equivocaciones o situaciones de conflicto).

➤ **ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES:** realizada sobre el niño/a, en grupos pequeños, su objetivo es la mejora de la competencia social a través de la discusión y aplicación en el grupo de capacidades como la cooperación o la resolución verbal de conflictos, reforzadas por la aplicación de contingencias.

2.2. ENTORNO FAMILIAR Y TDAH.

Cualquier intervención en el TDAH debe pasar por la comunicación a los medios implicados (familia y centro educativo, fundamentalmente) de los conocimientos básicos sobre el trastorno, su origen, sus síntomas y consecuencias y sus diversos tratamientos. Cuanto mayor sea el conocimiento de los padres sobre el trastorno de su hijo/a más fácil resultará la posterior intervención y más probable será su éxito.

Un hijo/a con TDAH genera grandes dificultades en el funcionamiento familiar. En el caso de los padres, en muchas ocasiones conlleva la aparición de un estilo parental directivo y negativo. Este estilo es susceptible de modificación mediante el entrenamiento a padres en el control y manejo de las conductas disruptivas de sus hijos/as, mejorando su capacidad de crianza, así como las relaciones con el hijo/a entre otros aspectos.

Estas apreciaciones generaran grandes beneficios entre las cuales destacamos: disminuirán los síntomas parentales relacionados con el estrés y la baja autoestima, contribuirán a mejorar las cogniciones negativas generadas sobre el rol que tienen como padres o el futuro de sus hijos/as, lo que finalmente redundará en un mejor funcionamiento familiar. Igualmente, los programas de intervención enfocados hacia el aumento del conocimiento del TDAH en los padres mejoran tanto las ideas que los padres tienen de sus hijos/as y su trastorno, como de sus propias capacidades como

padres, ayudando además a liberarles de la sensación de culpa que este tipo de trastornos suelen generar.

En el anexo 2 aparecen recogidas algunas pautas orientativas extraídas de una publicación del Servicio de Neurología Pediátrica del Hospital Universitario La Paz (Madrid).

2.3. CENTRO EDUCATIVO Y TDAH.

La LOE (Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación) recoge en su Preámbulo el principio de esfuerzo compartido y compromiso y señala que “las familias habrán de colaborar estrechamente y deberán comprometerse con el trabajo cotidiano de sus hijos y con la vida de los centros docentes. Los centros y el profesorado deberán esforzarse por construir entornos de aprendizajes ricos, motivadores y exigentes. Las Administraciones educativas tendrán que facilitar a todos los componentes de la comunidad escolar el cumplimiento de sus funciones, proporcionándoles los recursos que necesitan y reclamándoles al mismo tiempo su compromiso y esfuerzo. La sociedad habrá de apoyar el sistema educativo y crear un entorno favorable para la formación personal a lo largo de toda la vida”.

La legislación vigente en materia de atención a la diversidad (recogida en el apartado bibliografía) dota al profesorado que atiende directamente a los alumnos con TDAH de información y de un marco legal para dar una respuesta educativa ajustada a sus necesidades.

A fin de promover el éxito educativo de los niños/as con TDAH, se hace necesario el empleo de técnicas conductuales bien establecidas, profesores/as preparados y motivados, así como una Administración que ponga los medios requeridos para atender de forma adecuada a las necesidades socioeducativas de estos alumnos/as. En este sentido, los conocimientos del profesor/a sobre el TDAH, su actitud al respecto, una relación positiva entre estudiante y profesor, basada en la comprensión del segundo acerca del niño y su trastorno, son básicos para determinar una notable mejoría académica y social en el niño/a. Por ello, debe trabajarse en primera instancia con el profesor/a sobre estos aspectos:

- El TDAH conlleva en muchas ocasiones una discapacidad para el aprendizaje, de causas biológicas, muy sensible a las variables ambientales.
- El/la alumno/a con TDAH necesita más estructura y organización, más frecuencia en las consecuencias positivas y mayor inmediatez de éstas, más consistencia en las consecuencias negativas, y reajustes especiales para el desarrollo de su tarea.
- Las intervenciones más eficaces para mejorar su rendimiento escolar son aquellas que se aplican de forma consistente en el propio centro educativo, y más concretamente en la propia aula.

Al mismo tiempo que se siguen estas orientaciones, debe coexistir una estrecha colaboración y coordinación entre profesores/as y padres, basada en el conocimiento del TDAH, el planteamiento de objetivos realistas y funcionales para el alumno/a y, una motivación y apoyo mutuos. Cuando las familias culpan al centro educativo o al profesor de las dificultades de su hijo/a, y viceversa, sólo aplazan la respuesta del problema, dejando al niño/a y su educación al margen.

Evitar la culpabilización, reconocer los fallos y las propias capacidades, y trabajar en equipo para el niño/a y su correcto desarrollo probablemente derivará en un ajuste cada vez mejor de éste en casa y en el centro educativo. Además, para que las intervenciones conductuales sobre el TDAH produzcan generalización a otros ambientes, es preciso establecer programas complementarios que abarquen la intervención conjunta y coordinada en los diversos ambientes en que el niño/a se desenvuelve.

Los manuales de Isabel Orjales Villar así como el de Ripoll Salceda Juan Cruz, y Yoldi Hualde Mikel, ofrecen a los profesores un amplio repertorio de orientaciones y estrategias para intervenir sobre los problemas escolares más comunes entre los alumnos con TDAH.

3. ESTUDIO DE CAMPO.

3.1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

La intención fundamental de este proyecto de investigación consiste en promover una acción educativa que se encamine a responder a los alumnos que presentan TDAH, adoptando las medidas organizativas y curriculares oportunas que garanticen una educación de calidad a través de la igualdad de oportunidades de acceso, permanencia y promoción en el sistema educativo.

Los objetivos que pretende conseguir este proyecto de investigación educativa son:

- ✓ detectar y responder, integral y coordinadamente, a las necesidades del alumno, profesores y familia, elaborando materiales específicos adaptados, realizando el seguimiento y la evaluación correspondientes, y compartiendo la información y los recursos disponibles.
- ✓ fomentar la convivencia democrática y el respeto a las diferencias individuales, promoviendo la solidaridad, evitando la discriminación y renovando, tanto la cultura como los valores que la sustentan.
- ✓ facilitar a todos los miembros de la comunidad educativa involucrados en el proceso educativo del alumnado con TDA-H un mayor acercamiento, comprensión y conocimiento sobre las estrategias organizativas y curriculares para responder a las necesidades que este alumnado presenta.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL CASO.

La escolarización de Acnees en nuestro Centro requiere la puesta en marcha de una serie de actuaciones en dos momentos puntuales, antes de que el alumno comience el curso escolar propiamente dicho así como durante el mismo. Estos pasos son imprescindibles para planificar una buena intervención y requieren el trabajo coordinado de los distintos profesionales que atendemos a la diversidad.

La intervención con el alumno comienza en el mes de septiembre a través de una evaluación diagnóstica para establecer la línea base de la actuación a lo largo del curso y para implantar un adecuado seguimiento.

Por una parte, a través del análisis de la información y documentos que obran en su expediente académico tales como: Informe Psicopedagógico, Informe médico, Informes de los tutores, los informes del P.T., documentos de otros especialistas, a los tutores y a la familia. Y por otra parte a través de una evaluación al alumno utilizando técnicas como la entrevista y la observación, así como test estandarizados y protocolos de actividades.

Tal y como hemos comentado anteriormente revisamos el último Informe Psicopedagógico, entendido como un documento en el que, de forma clara y completa, se refleja la situación evolutiva y educativa actual del alumno en los diferentes contextos de desarrollo o enseñanza, se concretan sus necesidades educativas especiales, y, por último, se orienta la propuesta curricular y el tipo de ayuda que puede necesitar durante su escolarización para facilitar y estimular su progreso.

Los datos que aparecen a continuación corresponden a la síntesis del Informe Psicopedagógico con fecha de 21/05/2013. Destacamos:

Información sobre los informes previos:

INFORMES	FECHA	BREVE DESCRIPCIÓN
Informe médico	15/03/2012	Trastorno por Déficit de Atención
Informe psicopedagógico	31/03/2011	Dificultades específicas de aprendizaje
Informe psicopedagógico	24/01/2005	Retraso del lenguaje

Las técnicas y pruebas que le fueron realizadas:

TIPO	TÉCNICA/PRUEBA
Análisis de información y documental	Expediente del alumno
Observación	Registros observacionales
Entrevistas	A padres y al profesorado
Pruebas psicopedagógicas estándar	WISC-IV, TALE, BAD y G, RAVEN

Otras:	Revisión de los trabajos escolares
--------	------------------------------------

Con respecto a su historia escolar destacamos que durante estos dos últimos cursos escolares ha estado escolarizado en un C.E.I.P donde ha recibido medidas de refuerzo educativo, concretamente apoyo individualizado durante dos sesiones semanales en pequeño grupo.

De su desarrollo general podemos destacar que sus capacidades cognitivas según las escalas del WISC-IV le sitúan en unos parámetros normales- bajos en relación a la media que le correspondería conforme a su edad. Sus capacidades psicomotoras son adecuadas. La competencia lingüística no es adecuada respecto a la velocidad, la comprensión y expresión lectora.

Respecto a la adaptación y relación social es normal, es un niño aceptado y respetado que participa de forma adecuada en las actividades del centro.

Su Nivel de Competencia Curricular se sitúa en el tercer ciclo de la Educación Primaria.

En la siguiente tabla podemos observar cómo es su estilo de aprendizaje:

Atención y concentración	BAJA
Motivación	BAJA
Nivel de autonomía	MEDIA
Aceptación de normas	BAJA
Resistencia a la frustración	BAJA
Actitud	BAJA
Memoria	BAJA
Actitud ante las ayudas y apoyos	MEDIA
Actitud ante actividades que domina	BAJA
Actitud ante actividades difíciles	BAJA
Preferencias de agrupamiento	GRAN GRUPO
Terminación de las tareas	A VECES
Preferencia en los tipos de lenguajes	MIXTA

Refuerzos a los que responde	SOCIALES
Ritmo de aprendizaje.	LENTO

Los datos de su contexto educativo no reflejan ningún aspecto negativo y aquellos referidos a su entorno familiar muestran pautas educativas adecuadas, expectativas positivas y colaboran con el centro siempre que se les solicita. No existen datos sobre la utilización de los recursos sociales del entorno.

De todas las características relevantes del alumno y de su contexto se identifican una serie de NECESIDADES ESPECÍFICAS DE APOYO EDUCATIVO:

Necesidades de tipo personal:	
<i>Aspectos cognitivos</i>	Estrategias de focalización y atención Estructuración de la información / Comprensión Mejorar los hábitos de estudio Trabajo reflexivo y autodirigido Capacidad de razonamiento/ Memoria
<i>Equilibrio personal o afectivo-emocional</i>	Autoconcepto y autoestima Autonomía personal Motivación
<i>Relación interpersonal y adaptación social</i>	Trabajo en grupo Autorregulación conductual Habilidades sociales
<i>Desarrollo comunicativo-lingüístico</i>	Expresión y composición escrita Desarrollo morfosintáctico
Necesidades de tipo curricular:	
Precisa de adaptaciones curriculares No Significativas en todas las áreas en las que se distancia de la propuesta curricular de su grupo de referencia.	

Aspectos de tipo socio - familiar a considerar:

Modificación de ciertos aspectos relacionados con su contexto familiar de cara a asumir de forma más activa la problemática del niño, medicación, control y seguimiento de su comportamiento,...

3.3. ANÁLISIS DEL CONTEXTO.

Además de analizar el informe médico y los informes de los tutores y profesores anteriores, citamos a la familia para recoger información sobre el estado actual del alumno.

Consideramos que la atención a alumnos con necesidades se hace imprescindible (de forma especial) la relación con la familia ya que en el proceso de evaluación de las necesidades, su información es valiosa tanto para concretar las respuestas educativas como para valorar su capacidad y/o habilidades en ellas.

Contexto familiar.

La primera entrevista para la valorar la calidad del contexto familiar manejamos un protocolo estructurado para evaluar diversas dimensiones del contexto familiar a través de la entrevista personal con la madre y en presencia del hijo. Utilizamos el “Cuestionario de la vida cotidiana.” que se encuentra recogido en el anexo 3. Con esta entrevista queríamos completar información relativa a otros ámbitos pero principalmente para suscitar la colaboración de la familia.

La familia de este alumno está compuesta por, el padre de profesión agricultor, la madre ama de casa y una hermana mayor que está cursando cuarto de la E.S.O en el mismo instituto. Ya en la primera reunión constatamos que la carga familiar la soporta la madre, nos indica que el niño siempre ha sido inquieto, con malos resultados escolares, impulsivo, entre otros aspectos, y que esta situación ha empeorado con los años. Admite que cuando fue diagnosticado como TDAH, necesito tratamiento farmacológico que respeto durante un año aproximadamente pero que tiempo después y debido a otros problemas familiares decidió por iniciativa propia suspender la medicación a su hijo. En reuniones posteriores, nos indica que con mayor frecuencia

tiene malas conductas en casa, desobedece y a veces se pone agresivo. Tiene sospechas de que su hijo se apropia de cosas que no son suyas y que miente para conseguir otras.

Confiesa además que ella ya no sabe cómo controlarlo, ni como lo puede ayudar pero está dispuesta a colaborar con nosotras para adoptar soluciones en beneficio del rendimiento de su hijo.

Revisados los documentos que obran en su expediente académico y recogida la información del alumno a nivel familiar y social, procedemos a realizar una evaluación inicial del alumno. A través de pruebas de nivel de las áreas instrumentales (lengua castellana y matemáticas) y de entrevistas individuales al alumno obtuvimos datos exactos sobre la situación actual del alumno tanto a nivel curricular como a nivel personal.

Análisis de necesidades.

Durante las entrevistas con el alumno, se percibe que: su pensamiento va más rápido que su habla, denota una falta de organización y de reflexión en el pensamiento, habla en exceso y de forma impulsiva de temas no relacionados con la tarea que ejecuta, se distrae con su propio discurso, parece impulsivo e inseguro, le cuesta mantener la atención y la concentración,...

También revisamos las tareas escolares y protocolos de actividades que preparamos para observar la conducta del alumno y los resultados de las mismas. Las conclusiones más significativas fueron:

- Respecto a la escritura: su caligrafía es irregular y poco organizada, en la copia comete omisiones y adiciones debido a la precipitación. La presentación de sus escritos es poco adecuada y la expresión escrita es pobre.
- Respecto a la lectura: es precipitada e incorrecta, que provoca una pobre comprensión del texto debido a la impulsividad y a la inatención. Los errores más habituales son: omisiones, adiciones, repeticiones y sustituciones de palabras, vacilaciones y la incorrecta vocalización de las palabras que lee debido a la rapidez de la lectura. Comete numerosos errores de puntuación, comas y puntos, la acentuación y la entonación.

- Respecto al cálculo y las matemáticas: presenta dificultades para utilizar el pensamiento lógico, no identifica la información importante para la resolución del problema, y se precipita en los resultados que, con frecuencia, no repasa.

Con el fin de recabar toda la información posible se pidió la colaboración de los profesores especialistas que imparten docencia directa al alumno. Algunos aspectos que les llamaron la atención del alumno fueron:

- Lentitud en sus ejecuciones.
- Parece que se aburre durante las clases.
- En ocasiones no es capaz de mantener la atención, suele no entender las explicaciones del profesor.
- A pesar de que es inteligente, sus calificaciones son bajas.
- No asimila los conocimientos.
- Deja la realización de las tareas para el último momento.

3.4. APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE COORDINACIÓN DE ACTUACIONES EDUCATIVAS Y SANITARIAS EN LA DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DEL TDAH.

La valoración de los resultados son indicativos de que es un alumno que presenta TDAH y que hay indicios de otros posibles trastornos psiquiátricos y de aprendizaje que coexisten con el diagnóstico de TDAH. Esta complicación del TDAH nos alerta y por ello procedemos a aplicar el Protocolo de Coordinación para la Atención a los Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad establecido por la Consejería de Educación y la Consejería de Sanidad en la Comunidad de Castilla y León.

El protocolo cuyo fin es facilitar la comunicación y transmisión de la información entre los profesionales y el alumno y su familia con el objeto de garantizar el éxito de las intervenciones y la continuidad asistencial y educativa a lo largo del proceso, se compone de tres fases:

1. Primera Fase: Detección Temprana de TDAH.
2. Segunda Fase: Diagnóstico y Tratamiento en Atención Primaria.
3. Tercera Fase: Diagnóstico y Tratamiento en Atención Especializada.

La primera fase, tal y como confirma su informe médico y su informes escolares, fue realizada en su etapa escolar concretamente en el año 2012.

La segunda fase cuya finalidad es la de realizar el diagnóstico en los casos que han sido detectados en la fase anterior, descartar otras patologías orgánicas que puedan cursar con sintomatología similar e iniciar el tratamiento si se precisa se realizó posteriormente.

El alumno como hemos mencionado anteriormente estaba diagnosticado como TDAH pero debido a las complicaciones que presentaba el alumno consideramos oportuno retomar el trabajo en esta fase. Citamos de nuevo a la madre para informarla de la situación de su hijo y de las medidas que deberíamos tomar. Se le informó de las actuaciones que se iban a realizar siguiendo el Protocolo reclamando su colaboración y compromiso. De esta manera, el primer paso fue solicitar una consulta médica por recomendación del Departamento de Orientación.

El médico de atención primaria realizó una entrevista a la familia, un examen general de salud del menor, exploraciones complementarias y valoro el informe del orientador. Además, determino la derivación al Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil para realizar un diagnóstico diferencial debido a la aparición de problemas de conducta y del aprendizaje que dificultaban el diagnóstico.

De esta forma se siguió el protocolo de Derivación con perfil de indicadores del trastorno a nivel de: Atención, hiperactividad e impulsividad asociado a trastornos conductuales y a Dificultades Específicas de Aprendizaje. Para tal fin se utilizó el Cuestionario de conducta de CONNERS (C.C.E.; Teacher`s Questionnaire, C. Keith Connors).

La familia fue informada de los resultados de la exploración. Los resultados confirmaron que el alumno cumplía los criterios del TDAH, así que se diseñó un Plan de Acción Individualizado (PAI) en el que se incorporaron distintas intervenciones y medidas planificadas: medidas psicofarmacológicas, medidas psicoeducativas dirigidas al menor y la familia, intervenciones familiares, socio-ambientales y comportamentales con el fin de proporcionarle una atención integral e integrada.

Además se establecieron unas pautas de seguimiento y control del tratamiento que incluían distintas actividades: valoración respuesta al tratamiento, efectos secundarios, adherencia, resistencia al tratamiento y repetición de cuestionarios.

Se planteó el abordaje del TDAH desde una perspectiva multimodal y multidisciplinar en la que resulto imprescindible la continuidad en la atención entre los niveles sanitario y educativo, aspectos que desarrollamos en el epígrafe siguiente.

3.5. INTERVENCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE ADAPTACIONES.

Desde el Departamento de Orientación se revisó el informe psicopedagógico teniendo en cuenta el diagnóstico y propuesta de intervención terapéutica por parte del Equipo de Salud Mental.

Una vez confirmado el diagnóstico y detectadas las necesidades específicas de apoyo educativo se incluye al alumno en el fichero automatizado de datos de carácter personal denominado “Datos relativos al alumnado con Necesidades Educativas Específicas” de la Consejería de Educación. El alumno a la que va dirigida mi intervención según la Instrucción Conjunta, de 7 de enero de 2009 está clasificado según la ATDI como:

Grupo principal: ACNEE
<i>Tipología:</i> Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador.
<i>Categoría:</i> Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

A partir de este momento las especialistas en Pedagogía Terapéutica elaboramos un **Plan de Intervención Educativa**, para dar respuesta a las necesidades educativas del alumno, basándonos en los principios de normalización, inclusión y sectorización de los recursos. Para su elaboración tuvimos en cuenta las orientaciones establecidas en el Informe Psicopedagógico que hemos desarrollado anteriormente. Este Plan incluía actividades de intervención, coordinación y seguimiento con el alumno, la familia, el profesorado y el centro:

Con el **alumno** intervenimos atendiendo a sus necesidades específicas de apoyo educativo a través de las siguientes adaptaciones:

- ✓ preciso de adaptaciones metodológicas, de la organización del aula, adecuación de actividades, temporalización y a la adaptación de las técnicas, tiempos e instrumentos de evaluación, así como a los medios técnicos y recursos materiales que le permitieran acceder al currículo.
- ✓ se aplicaron programas específicos de intervención dirigidos a:
 - Entrenamiento en autoinstrucciones.
 - Entrenamiento en verbalización interna para realizar una tarea.
 - Mejora de la capacidad de atención (focalización y mantenimiento).

La intervención, coordinación y seguimiento de la **familia** se basó en informarla de las conclusiones del informe psicopedagógico y de cómo proponíamos dar respuesta desde el centro educativo a las necesidades específicas de su hijo. También se trabajó y se establecieron pautas de colaboración y orientaciones para organizar las tareas escolares en casa. El uso de la agenda escolar junto a las entrevistas periódicas fueron las estrategias más utilizadas y más eficaces.

Con respecto al **profesorado**, fue informado y asesorado desde el Departamento de Orientación. Se les ofrecieron pautas sobre adaptaciones en el aula, entrenamiento para docentes, técnicas de modificación de conducta y otras estrategias de manejo del TDAH en el aula (aplicación de normas y límites, presentación de las tareas, sistemas de evaluación del alumno con TDAH, etc.). La intervención, coordinación y seguimiento

del **Centro Educativo** se centró en realizar las modificaciones oportunas en el Proyecto Educativo (Plan de Atención a la Diversidad, Plan de convivencia, Reglamento de Régimen Interior, Programaciones Didácticas) para atender a las necesidades que presentaba el alumno.

3.6. RESULTADOS EN EL MOMENTO ACTUAL.

La valoración de la intervención ha intentado ser criterial para garantizar en la medida de lo posible la objetividad del proceso. En esta fase ha sido muy importante determinar la diferencia entre lo planificado y las acciones ejecutadas y los resultados obtenidos, teniendo en cuenta los recursos empleados.

La evaluación se llevó a cabo mediante el análisis de la actividad realizada durante el curso escolar por los diferentes servicios implicados. De esta forma hemos realizado una valoración a tres niveles: ámbito educativo, familiar y sanitario.

- **Ámbito educativo.**

En relación al alumno: La respuesta a las distintas intervenciones fue altamente favorable durante los dos primeros trimestres del curso escolar. El alumno gracias al tratamiento multimodal, adaptado a sus características individuales y a agentes externos como el entorno familiar y social, mejoro en todos los aspectos. A nivel curricular consiguió buenos resultados académicos, a nivel comportamental disminuyeron las conductas no adecuadas dentro del aula, sus problemas de organización y planificación fueron remitiendo y a nivel motivacional fue ganando confianza en sí mismo.

La puesta en marcha del Plan Individual así como el tratamiento farmacológico (Metilfenidato) permitió al alumno ser capaz, entre otros aspectos, de:

- Centrar su atención durante más tiempo.
- Ser menos impulsivo.
- Realizar más tareas y concentrarse en su exactitud.
- Acordarse de los libros para los deberes y las tareas.

Este avance del alumno sufrió un agudizado retroceso en el tercer trimestre del curso. Barajamos posibles causas tales como: desarrollo biológico del alumno y desajuste de la medicación, fallos en la planificación de objetivos del Plan, aparición de otros trastornos cormóbidos, problemas familiares, etc.

Tras analizar los aspectos del contexto educativo que podrían estar influyendo negativamente en el deterioro académico del alumno y descartar que fueran el origen de los desajustes, nos pusimos en contacto con la familia. Tras una entrevista en la que el alumno también estuvo presente se vislumbraron las causas.

Por una parte, el alumno confeso que con la llegada de las vacaciones de Semana Santa, el hecho de estar en el pueblo y tener tanto tiempo de ocio, muchos días no se acordaba de tomar la medicación lo que a corto plazo provoco desajustes a todos los niveles.

Por otra parte, la madre justificó que se había relajado en el control del hijo dado los buenos resultados de meses anteriores. Reconoce que había dejado de controlarle la toma de la medicación y no supervisaba las tareas escolares, además nos informó de que las desobediencias cada vez mayores, desafía la autoridad de los padres y frecuentemente tiene conflictos con su hermana.

Ante esta situación, retomamos el contacto con el ámbito sanitario para una revisión de la medicación y a la familia se le proporciono de nuevo las recomendaciones para poder controlar y canalizar de forma adecuada los síntomas de su hijo.

Con los profesores: fueron informados de los resultados y se les ofrecieron orientaciones de intervención a nivel psicopedagógico. La comunicación ha sido constante y eficaz, aprovechando cualquier momento para conocer el estado del alumno. Mensualmente se supervisaban los progresos y las dificultades que surgían haciendo posible la modificación y ajuste de aquellos aspectos que no favorecían el proceso de aprendizaje.

• **Ámbito familiar.** La relación con la familia se ha basado en un trato directo con la madre del alumno. Han sido numerosos los encuentros que han tenido un carácter proactivo para intercambiar información e intentar aliviar las preocupaciones de cada parte. Podemos afirmar que en general ha sido eficaz ya que hemos trabajado conjuntamente para encontrar las mejores soluciones y hemos compartido estrategias que funcionaban en casa y en el centro educativo.

• **Ámbito sanitario.** La coordinación entre los ámbitos sanitario y educativo ha sido necesaria para que las intervenciones emprendidas en los dos niveles se efectúen de forma óptima y eficaz, y con ello poder dar respuesta a las necesidades del alumno.

Los cauces de comunicación y actuación entre los distintos profesionales han sido constantes lo que ha permitido garantizar el éxito de las intervenciones y la continuidad asistencial a lo largo de todo el proceso.

Cualquier cambio en el comportamiento o el rendimiento se comunicó y registró a través de escalas para tal fin, concretamente el Cuestionario de conducta de Connors para profesores que se encuentra detallado en el anexo 4 (recogido en Amador Campos, J.A., 2002).

4. CONCLUSIONES.

A lo largo de este trabajo se muestra la aplicación del protocolo para la atención al TDAH en un caso real de un alumno con trastorno por déficit de atención sin hiperactividad. Es indiscutible que es una herramienta de trabajo útil que nos permite dotar de una coherencia a las actuaciones y garantizar la correcta atención y seguimiento de los alumnos que presentan T.D.A.H. También se han expuesto los mecanismos de detección, el proceso de derivación así como el diagnóstico y la implementación de adaptaciones, es decir, la intervención educativa propiamente dicha.

La complejidad que conlleva el TDAH y las consecuencias en el alumno hizo necesaria la colaboración y seguimiento desde distintos ámbitos. El trabajo conjunto que se ha realizado desde el ámbito sanitario, el familiar y el educativo haciendo

complementarias y coordinadas las intervenciones han posibilitado una atención integral y eficaz al alumno.

Como profesora especialista en Pedagogía Terapéutica, que atiende a este alumno, con el asesoramiento del E.O.E., se elaboró y puso en marcha un Plan de Intervención Individualizado que incluía programas específicos (conductuales como autoinstrucciones, resolución de conflictos, habilidades sociales, ...) y también programas de refuerzo. La intervención educativa llevada a cabo se planteó desde una perspectiva gradual desde las adaptaciones meramente paliativas hasta las estrategias controladas por el propio alumno. Con esta intervención educativa no se ha pretendido conseguir el objetivo de llegar a un efecto terapéutico por el que el trastorno se cure o se mitigue, sino de reducir o retrasar en la medida de lo posible los efectos negativos que provocan en el alumno los síntomas más característicos del TDAH.

5. BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA, WEBS DE INTERÉS Y NORMATIVA VIGENTE.

5.1. BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA.

📖 Amador Campos, J.A., Idiázabal Alecha, M^a Ángeles, Sangorrín García, J.Espadaler Gamissans, J.M., Forns i Santacana, M. (2002). Utilidad de las escalas de Conners para discriminar entre sujetos con y sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicothema*

📖 American Psychiatric Assosiation. Diagnostic and Statistical Manual for mental disorders, texto revisado (DSM- IV- TR).

📖 Barkley, RA. (1998)."Attention-Deficit Hyperactivity Disorder". Ed. Guilford.

📖 Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Niños y Adolescentes. (2010). Ministerio de Ciencia e Innovación.

📖 Láz Álvarez, M^a. C., Requejo Gutiérrez, M, Silvano Toquero, J.J.(2007). "Protocolo de coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad". Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud

📖 Martínez, M.A. y Conde, H. (2009). Trabajar con personas con TDAH, una labor de equipo. Universidad de Burgos, Burgos.

📖 Orjales Villar, I. (1998). "Déficit de Atención con Hiperactividad". CEPE, Madrid.

📖 Orjales Villar, I. (2005). "Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad". Esquema de Comunicación, S.A. Madrid.

📖 Pautas orientativas para el niño con TDAH, y padres. Servicio de Neurología Pediátrica del Hospital Universitario La Paz. Madrid

📖 Ripoll Salceda Juan Cruz, Yoldi Hualde Mikel. (2009). "Alumnos distraídos, inquietos e impulsivos". Madrid.

📖 Soutullo, C. (2004). Convivir con niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Madrid: Panamericana.

📖 Spencer, T. J. (2006). ADHD and comorbidity in childhood. J Clin Psychiatry,

📖 Taylor, Eric A. "El niño hiperactivo". Martínez Roca, 1991.

5.2. WEBS DE INTERÉS

📖 A.P.A.: www.apa.org/

📖 AACAP:www.aacap.org/

📖 Barkley: www.russellbarkley.org

📖 CADDRA: www.caddra.ca

📖 Fundación ADANA: www.fundacionadana.org

📖 Hospital Sant Joan de Déu: www.hsjobcn.org

5.3. NORMATIVA VIGENTE.

☞ INSTRUCCIÓN CONJUNTA, de 7 de enero de 2009, por la que se establece el procedimiento de recogida y tratamiento de los datos relativos al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo escolarizado en centros docentes de Castilla y León.

☞ ORDEN EDU/865/2009, de 16 de abril, por la que se regula la evaluación del alumnado con necesidades educativas especiales escolarizado en el segundo ciclo de educación infantil y en las etapas de educación primaria, educación secundaria obligatoria y bachillerato en la Comunidad de Castilla y León.

☞ ORDEN EDU/1603/2009, de 20 de julio, por la que se establecen los modelos de documentos a utilizar en el proceso de evaluación psicopedagógica y el del dictamen de escolarización.

☞ ORDEN EDU/1152/2010, de 3 de agosto, por la que se regula la respuesta educativa al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo escolarizado en el segundo ciclo de Educación Infantil, Educación Primaria, Educación Secundaria Obligatoria, Bachillerato y Enseñanzas de Educación Especial, en los centros docentes de la Comunidad de Castilla y León.

6. ANEXOS.

Anexo1: Criterios diagnósticos para el TDAH.

Criterios diagnósticos para el TDAH según el DSM-IV-TR (APA, 2001):

A (1) o (2)

1. Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención

- a) A menudo no presta suficiente atención a los detalles, o comete errores por descuido en sus tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- c) A menudo no parece escuchar cuando se le habla directamente.
- d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo, sin que ello se deba a comportamiento negativista, o a incapacidad para comprender las instrucciones.
- e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido, como, por ejemplo, las actividades escolares o las tareas domésticas.
- g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
- h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- i) A menudo es descuidado en las actividades de la vida diaria.

2. Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa y poco lógica en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- a) A menudo mueve en exceso las manos o los pies o se remueve en su asiento.
- b) A menudo abandona su asiento en el aula o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo.
- d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse con tranquilidad a actividades de ocio.
- e) A menudo está en movimiento o suele actuar como si tuviera un motor.
- f) A menudo habla en exceso.

Impulsividad

- a) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- b) A menudo tiene dificultades para guardar turno.
- c) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros.

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela y en casa).

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo del funcionamiento social, académico o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Criterios diagnósticos para el trastorno hiperactivo según la CIE –10 (OMS, 1992)111:

Déficit de atención

1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones.
5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.
6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental sostenido.
7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, como material escolar, libros, etc.
8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos.
9. Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias.

Hiperactividad

1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en su asiento.
2. Abandona el asiento en el aula o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas.
4. Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable substancialmente por los requerimientos del entorno social.

Impulsividad

1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
 2. A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo.
 3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros.
 4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.
- El inicio del trastorno no es posterior a los siete años.
 - Los criterios deben cumplirse en más de una situación.
 - Los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad ocasionan malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.
 - No cumple los criterios para trastorno generalizado del desarrollo, episodio depresivo o trastorno de ansiedad.

Anexo 2: Pautas orientativas para los padres.

- Prestar atención al niño escuchándole y hablándole con paciencia, comprendiendo su patrón de conducta y explicándole los planes para ayudarlo.
- Que el niño no vea discordancias entre los padres respecto a las pautas de actuación.
- No actuar con él de forma excesivamente permisiva. Es conveniente que le proporcionen pocas normas de conducta pero que éstas sean claras y coherentes. Un ambiente sin una normativa clara aumenta la ansiedad y confusión del niño.
- Utilizar los intereses del niño y emplearlos como motivación para ayudarlo a aprender de forma más eficaz.
- Aumentar su autoestima y confianza en sí mismo, ponderando sus éxitos por modestos que sean, no resaltando sus fracasos o afeando su conducta de forma reiterada.
- Mantener en casa unas normas de vida, consensuadas previamente por los padres.
- Evitar estímulos de alta intensidad (ruidos, luces, gritos). El niño responderá de forma exagerada a estos estímulos, gritos u órdenes fuertes.
- Comunicar al niño con suficiente antelación cualquier posible cambio en la dinámica del hogar de manera que pueda adaptarse a ella.
- Hacerle partícipe de las tareas domésticas que pueda realizar según sus capacidades y alabarle cuando intente actuar por sí mismo.
- Comentar tranquilamente con él sus malas actuaciones y errores, explicándole que es necesario evitar las prisas y pensar antes de actuar. Es bueno que piense en alternativas a sus equivocaciones para no repetir las.
- Diferenciar entre las conductas voluntarias y las involuntarias. Los castigos aplicados a las acciones voluntarias deberían ser consecuencias lógicas de sus actos.
- Situar al niño mientras hace los deberes en un lugar próximo al suyo para mantener contacto visual y más supervisión. Evitar estímulos que les distraigan (ventana, mesa desordenada, juguetes, etc).
- Es conveniente dar órdenes claras y concisas, acompañando estas órdenes de contacto ocular y si es necesario haciéndoselas repetir al niño en voz alta.

- Resaltar el éxito y no el fracaso. Motivación constante. Use lenguaje positivo.
- Procurar fraccionar las tareas y deberes a realizar en casa, utilizando tiempos más cortos. Las tareas largas deben dividirse en partes.
- Evitar llamadas de atención en público. Comentar su comportamiento en privado.
- Tener en cuenta que su comportamiento empeora en ciertas situaciones con menor control (cumpleaños, reuniones familiares, etc).
- Las actividades extraescolares son importantes para estos niños, siempre que les gusten y que sirvan para mejorar su autoestima.
- Cuando haga algo bien, reforzarlo con una sonrisa o una palabra de elogio.
- Ante la hiperactividad motriz, permitirle la posibilidad de moverse en situaciones tales como: tiempo de comidas, deberes, etc.
- Mantener entrevistas personales con el profesor/a cada cierto tiempo, supervisando en casa el trabajo escolar del niño/a.
- En resumen, convertir el entorno familiar en un ambiente favorecedor para el niño y no en un ambiente hostil.

Anexo 3: Cuestionario de la vida cotidiana.

Persona entrevistada:

Fecha:

1. DATOS DEL ALUMNO:

-Nombre y Apellidos:

-Fecha de nacimiento:

-Curso académico:

2. COMPOSICIÓN FAMILIAR:

NOMBRE Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	PROFESIÓN

3. NIVEL EVOLUTIVO:

3.1. A nivel prenatal y perinatal:

- ¿Cómo fue el embarazo?
- ¿Cómo fue el parto? (Anoxia, uso de fórceps, ventosas.....)
- ¿Hubo abusos de ansiolíticos, antidepresivos u otras sustancias potencialmente tóxicas por parte de la madre?

3.2. A nivel Postnatal:

- Tipo de alimentación, problemas alimentación, cólicos del lactante etc...
- ¿Tuvo alteraciones en el sueño y desajustes en el ciclo sueño –vigilia?
- ¿Estaba a veces muy agitado y se movía en exceso?
- ¿Era muy irritable y llorón?

3.3. Desarrollo durante las etapas de Educación Infantil y Primaria:

- Describan el desarrollo:
 - a) Del lenguaje (cuándo empezó, si mostró alguna dificultad...):
 - b) Psicomotor (cuándo empezó a andar, si mostró alguna dificultad...):
- ¿Mostró torpeza en actividades psicomotrices (subir o bajar escaleras, correr...)?
- ¿Sufría frecuentes accidentes por encima de lo normal?

- ¿Hubo problemas para adaptarse a todo lo nuevo?
- ¿Tenía cambios de temperamento de forma inesperada?
- ¿Solía ser muy perseverante en conductas poco adecuadas?
- ¿Les daban quejas frecuentes de él/ella: otras madres/padres, otros niños, otros parientes... en la guardería, en el colegio o en el parque?
- ¿Les hacía sentir avergonzados en lugares públicos: supermercados, cines, etc.?
- ¿Cómo establecían las normas?, ¿qué hacían cuando no se cumplían
- En el colegio:
 - a) ¿Los profesores se quejaban frecuentemente de su comportamiento?
 - b) ¿Siempre se le veía metido/a en los conflictos?
 - c) ¿Solía atribuir la responsabilidad de sus equivocaciones a otro/s?
 - d) ¿Se sentía rechazado por algunos compañeros?
 - e) ¿Ha tenido dificultades para la lectoescritura?
- ¿Reclamaba más que el resto de chicos/as que conocen su atención y su ayuda?
- ¿Las conductas de su hijo/a les hacían ser más sobreprotectores porque creían que el resto de personas “no entienden a su hijo/a”?
- ¿Se sienten a veces agotados y sin recursos ante la conducta de su hijo?

4. PERSONALIDAD (datos actuales):

- ¿Es decidido/a?
- ¿Es curioso/a?
- ¿Tiene soluciones creativas, aunque estas sean a veces inviables?
- ¿Es muy espontáneo/a?
- ¿Es muy sensible a veces?
- ¿Cómo se percibe a sí mismo?
- ¿Se nota que no hace las cosas por maldad si no porque no las piensa?
- ¿Qué le hace feliz al chico/a, qué le entristece?
- ¿Presenta conductas autolesivas?
- ¿Qué tipo de cosas le provocan miedo?
- ¿Cuáles son sus aficiones?

- ¿Es desobediente?
- ¿Provoca a otros chicos/as?
- ¿Es descuidado/a con sus cosas?
- ¿Miente?
- ¿Reclama constantemente la atención?
- ¿Es contestón/a?
- ¿Cómo se relaciona con sus compañeros/as y con otros/as adultos?
- ¿Se aísla?
- Describan su reacción ante la frustración: si llora enseguida, si acepta o no acepta las normas, se enfada cuando no se sale con la suya, rompe cosas, tiene reacciones agresivas, contesta mal...
- Describan el tipo de atribuciones que realizarse autojustifica, si echa la culpa a otros/as...

5. CONDUCTA (datos actuales):

- ¿Qué conductas les preocupan de su hijo:
 - Cuándo se iniciaron
 - Con qué frecuencia se presentan:
 - En qué momentos y lugares:
- ¿En qué situaciones se agravan las conductas-problema?
- ¿En qué situaciones disminuyen las conductas-problema?
- ¿Cuál es su respuesta -y la del resto de la familia- en las situaciones en las que se producen las conductas-problema?
- ¿Hay personas con las que se porta mejor? ¿Hay personas con las que se agravan los problemas?
- ¿Qué medidas se toman ante los problemas?
- ¿Tienen influencia las conductas del chico/a en la dinámica familiar: relación de pareja, relación con hermanos, con otros familiares, en la vida diaria y el tiempo libre?
- ¿Cuál es su modelo educativo (permissivo, democrático, autoritario):
- ¿Hay coherencia educativa entre ambos cónyuges?

- ¿Qué normas tienen establecidas en casa?
- ¿Qué responsabilidades tiene su hijo?
- ¿Cómo se aplican las recompensas y los castigos en casa?
- ¿Tiene hábitos de estudio? ¿Cómo son?

6. OTROS:

- ¿Estas características se han dado, o se dan, en padres o en algún familiar?
Indicar su parentesco.
- ¿Ha habido algún hecho significativo en la vida de su hijo/a que ha podido influir en su conducta actual?
- ¿Qué expectativas (académicas, familiares, personales) tiene respecto a su hijo/a?
- ¿Qué tipo de ayuda (apoyos, recursos...) pueden mejorar la situación actual de su hijo/a?

Anexo 4: Cuestionario de conducta de Conners para profesores.

CONNERS-REVISADA (EEC-R)					
N: nada 0.- P: poco 1. -B: bastante 2. -M: mucho 3.		N	P	B	M
H	1. Tiene excesiva inquietud motora				
DA	2. Tiene dificultades de aprendizaje escolar				
H	3. Molesta frecuentemente a los niños				
DA	4. Se distrae fácilmente. escasa atención				
H	5. Exige inmediata satisfacción a sus demandas				
TC	6. Tiene dificultad para actividades cooperativas				
DA	7. Está en las nubes ensimismado				
DA	8. Deja por terminar la tarea que empieza				
TC	9. Es mal aceptado en el grupo				
TC	10. Niega sus errores y echa la culpa a otros				
TC	11. Emite sonidos de calidad y en situación				
TC	12. Se comporta con arrogancia, es irrespetuoso				
H	13. Intranquilo, siempre en movimiento				
TC	14. Discute y pelea por cualquier cosa				
TC	15. Tiene explosiones impredecibles de mal genio				
TC	16. Le falta el sentido de la regla, "del juego limpio"				
H	17. Es impulsivo o irritable				
TC	18. Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros				
DA	19. Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es				
TC	20. Acepta mal las indicaciones del profesor				

TOTAL:

Hiperactividad: cuestiones nº: 1, 3, 5,13 y 17.

Déficit de atención: cuestiones nº: 2, 4, 7,8 y 19.

Trastorno de conducta: cuestiones nº: 6, 9,10, 11, 12, 14, 15, 16, 18 y 20

Anexo 5: Protocolo de observación en el aula.

DIA _____ ACTIVIDAD _____ TUTOR/A _____

A) PROCESO DE ENSEÑANZA

Referente al aula	-Ubicación del alumno (lugar fijo o no, delante-detrás,...)	
	-Presencia de elementos distractores.	
	-Orden y organización general del aula (mobiliario, materiales...), (disposición: u, circulo, filas,... columnas)	
	-Agrupamientos: en alguna materia o área concreta.	
	-Tipos de aula de referencia: aula, materia, de grupo clase, ...	
	Tiene compañeros fijos en el aula	
Descripción de los materiales	-Material Curricular: libros de texto, apuntes fotocopiables, TIC ...	
	-Uso de agenda	
Tratamiento de las normas de aula	-Están establecidas claramente las rutinas del aula.	
	- se informa del Reglamento de Régimen Interior.	
	-Las normas y sus consecuencias están negociadas con los alumnos	
	- Existen consecuencias tanto negativas como positivas ante el cumplimiento o no de las normas	
	-Pocas y formuladas en términos de conducta positiva.	
	-Están escritas y visibles en el aula.	
	-Están consensuadas con todo el profesorado que interviene en el aula.	
	-Se toma en cuenta en los criterios de evaluación la actitud del alumno en clase.	
-Actitud de firmeza sin entrar en las provocaciones.		

Presentación de la información	-Con el alumno-a se utiliza un lenguaje simple con frases cortas y claras.	
	-Uso de apoyos visuales u otros tipos de procesamiento.	
	-Focaliza la atención en conceptos claves.	
	-Utiliza claves y señales no verbales (pausas, tono de voz, pizarra...)	
	-Utiliza la retroalimentación (preguntas)	
Presentación de las tareas	-Asegura que el alumno ha entendido la tarea	
	-Parte de los conocimientos previos de los alumnos.	
	-Da criterios individualizados al alumno sobre la adecuada realización de la tarea.	
	-Combina actividades más simples y más complejas	
	-Incluye actividades variadas	
	-Supervisa la actividad del alumno	
	-Presenta las tareas fragmentadas en pequeños pasos	
Estrategias motivacionales	-Resalta los pequeños avances, conductas o éxitos adecuados.	
	-No presta atención a conductas inadecuadas o errores poco importantes	
	-Evita humillarlo o hacerle sentir culpable ante la clase.	

B) ACTITUD DEL ALUMNO

Adecuación de materiales y horarios	Tiene la mochila desordenada / sucia o rota	
	Pierde u olvida el material de trabajo	
	Cuadernos u otros útiles desordenados y mal cuidados.	
	Trae y/o usa la agenda	
	Prepara el material con antelación (taquilla, casa, etc.)	
	Conoce el horario y está en el lugar adecuado	

Actitud ante la explicación	Tiene actitudes inadecuadas: ruidos, toques, intervenciones fuera de lugar....	
	No mantiene su actitud de escucha	
	Dificultades en el cumplimiento de órdenes e instrucciones	
	Se distrae con cualquier cosa	
	Movimientos constantes: rascarse la cara, mover los pies, cambiar constantemente de mano para apoyar la cabeza, jugar con la goma y el lápiz, estirarse la ropa...	
Actitud ante la tarea	Inicia la actividad de forma precipitada e impulsiva	
	Le cuesta iniciar la actividad o no la inicia	
	Se muestra desmotivado o desganado	
	Trabaja por ensayo-error	
	Comete muchos errores	
	Tiene dificultades para organizar el trabajo y el material	
	Se levanta constantemente con cualquier excusa	
	No termina las tareas que empieza	
	Es muy descuidado en las actividades	
Relación con los iguales: En el Aula y en los espacios comunes	Le cuesta jugar a actividades tranquilas	
	Habla en exceso	
	Corretea por todos lados	
	Es rechazado por los demás compañeros	
	Problemas con compañeros de clase y/o profesores	
	No se integra correctamente en el juego, no sigue normas	
	Se queda aislado en el patio	
	Se relaciona más con compañeros de menor edad	
	Es el "gracioso" del grupo	

	Presenta conductas agresivas y desadaptativas	
	Suele interrumpir o se inmiscuye en las actividades de otros (conversaciones, juegos...)	
	Tiene dificultades para guardar su turno	
	Falta de consciencia del riesgo, propensión a accidentes	
	Busca gratificación inmediata a sus necesidades	
	Manifiesta sentimientos de baja autoestima: “Lo olvido todo”, “soy un desastre”, “no sirvo para nada”	
	Se relaciona fundamentalmente con compañeros que tienen también dificultades	