



MODIFICACIÓN DE CONDUCTA EN UN NIÑO CON TDAH DE EDUCACIÓN PRIMARIA

TRABAJO FINAL DE GRADO EN MAESTRO/A DE EDUCACIÓN INFANTIL

Nombre de la alumna: María del Carmen Ruiz Muñoz

Nombre de la tutora de TFG: Desirée Sánchez Chiva

Área: Psicología Evolutiva, Educativa, Social i Metodología

Curso académico: 2016-2017

ÍNDICE

I.	RESUMEN.....	3
II.	JUSTIFICACIÓN.....	4
III.	INTRODUCCIÓN TEORICA.....	5
IV.	METODOLOGIA.....	12
V.	RESULTADOS.....	20
VI.	CONCLUSIONES.....	28
VII.	BIBLIOGRAFIA.....	31

RESUMEN

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por tener una sintomatología central: Hiperactividad, Inatención e Impulsividad. Por ello, los niños que poseen dicho trastorno, muestran problemas de rendimiento escolar. En el estudio llevado a cabo, se interviene en la modificación de la conducta de un niño con TDAH a través de la metodología denominada: Tarjeta- Casa escuela. Consiste en establecer una serie de conductas-objetivo; las conductas escogidas son aquellas que se pretende que el sujeto repita de forma frecuente. Si las conductas son realizadas correctamente, el alumnado es premiado en casa por aquello que ha hecho en la escuela. En el estudio, se puede observar cómo se han producido progresos al aplicar dicha metodología para modificar la conducta del sujeto. De hecho, podemos destacar gracias a los resultados del estudio, la efectividad de la intervención cognitivo-conductual en un niño poseedor del TDAH.

PALABRAS CLAVE:

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), intervención cognitivo-conductual, metodología, tarjeta casa-escuela, premios, modificación conductual, conductas.

ABSTRACT

ADHD is a neurodevelopmental disorder that is characterized by a central symptoms: hyperactivity, inattention and impulsivity. Therefore children who have ADHD, show problems of school performance. In the study conducted, intervention in modifying the behavior of a child with ADHD through the so-called methodology: card - House school. It consists of a set of target-behaviors; selected behaviors are those intended to subject repeated frequently. If the behaviors are performed correctly, student is awarded home by what he did at school. In the study, you can see how there have been progress in applying this methodology to modify the behavior of the subject. In fact, we can highlight due to the results of the study, the effectiveness of the intervention cognitive-behaviour in a holder of the ADHD child.

KEY WORDS:

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), cognitive - behavioral, methodology, home-school card, intervention, behavioral, behavior modification.

JUSTIFICACIÓN

Mi experiencia personal, durante más de cuatro años como monitora de niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), y tras mi APS (Aprendizaje-Servicio) en el colegio “Peñeta Roja” en la localidad de Castellón, ha hecho que me decantara en un primer momento por la rama de Dificultades del aprendizaje (DA) y posteriormente, por el tema mi TFG en concreto: La modificación de conducta con la tarjeta Casa-Escuela.

Las asignaturas del Grado en Magisterio de Educación Infantil: Dificultades del aprendizaje, Educación para la diversidad y Trastornos del desarrollo me dieron las herramientas necesarias para saber cómo actuar ante problemas de conducta y ampliaron mis conocimientos sobre estos; este trabajo me permitirá desarrollarlo en un contexto real. En mi caso, la modificación de conducta a través de la tarjeta Casa-Escuela, será utilizada con un niño que posee con TDAH, puesto que adheridos a sus problemas de inatención, hiperactividad e impulsividad suelen unirse problemas conductuales que dificultan su relación con la familia y escuela.

Durante mí periodo de prácticas en el tercer año del grado, no observé posibles casos de TDAH diagnosticables en etapas posteriores. Si bien es cierto que estas fueron realizadas en Educación Infantil, y ello hace que a esas edades, no se pueda diagnosticar el TDAH puesto que los síntomas centrales del trastorno: hiperactividad, impulsividad e inatención, coinciden con las características propias de la edad. Además ninguno presentaba comportamientos disruptivos que alertasen al profesorado.

No obstante, en el sistema educativo hay un gran número de niños con TDAH no siendo atendidos correctamente por falta de formación, desconocimiento o debido a la elevada ratio que no permite una dedicación individualizada. Por ello, con este trabajo, espero establecer pautas para mejorar la conducta del alumno que posee TDAH así la relación con la escuela sea menos complicada.

Los niños con TDAH, a través de las pautas adecuadas como la intervención cognitivo-conductual pueden obtener grandes progresos.

La terapia cognitivo-conductual así como el entrenamiento a los padres, es una excelente opción para que los problemas conductuales de los niños con TDAH así como los síntomas centrales del trastorno mejoren, por ello utilizaremos la tarjeta

casa- escuela para intervenir en la conducta de niños con este trastorno, esperando mejoras conductuales, dichas ideas son recogidas en el siguiente fragmento:

Los estudios han demostrado que el tratamiento más efectivo es aquel que tiene un enfoque multimodal con la implicación de la familia, profesores y orientadores escolares. La terapia cognitivo-conductual (indicada como tratamiento inicial de este trastorno) y el entrenamiento para padres han demostrado tener efectos positivos en el control de la sintomatología del TDAH y los problemas de conducta. (Fenollar, Gómez y Muñoz, 2015)

Utilizar la tarjeta casa-escuela, es una excelente forma de intervenir en la conducta del niño y reforzar sus logros a través de premios. Además, con esta metodología se pretende mejorar algunas conductas disruptivas que presenta el niño en el aula. De este modo, los lazos entre escuela y familia se reforzarán, pues implica que ambos trabajen de forma coordinada, además para que existan progresos tiene que haber intervención en ambos pues sino esta no será efectiva. La tarjeta Casa- Escuela tiene un enfoque visual, atractivo y dinámico, ya que al niño se le recompensa por la conducta correcta que lleva a cabo, de manera que para él supone también un reto. Por ello, me pareció muy interesante abordar la modificación de conducta a través de esta técnica.

Este trabajo me brinda oportunidad de llevarlo a la práctica y evaluar los resultados, pero sobre todo y lo más importante de mejorar la calidad de vida de una niño con problemas de conducta unidos al TDAH.

INTRODUCCIÓN TEORICA

El TDAH según Quintero y Castaño de la Mota (2014) es: *“Un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por un patrón de comportamiento y de funcionamiento cognitivo, que puede evolucionar en el tiempo y que es susceptible de provocar dificultades en el funcionamiento cognitivo, educacional y/o laboral”.*

Para Scandar (2009) este trastorno, es un síndrome biocomportamental del desarrollo que presenta una presentación heterogénea, ello significa que la manifestación de los síntomas no es igual entre las personas que lo poseen. De forma frecuente es de origen innato y /o genético y tiene manifestaciones en el campo de la atención (inatención), el control de impulsos (impulsividad) y la regulación del nivel de actividad (hiperactividad) (Miti y Fernández ,2014)

Barkley (2002) recogido por Santana y Martínez, (2016) explica su visión del trastorno del TDAH:

“Es un trastorno del cerebro ejecutivo que provoca la incapacidad del niño para inhibir o retrasar sus respuestas, para organizar y controlar su atención, su conducta o sus emociones y para hacer frente a las demandas que se le presentan”.

Además, Barkley (2002) propone un modelo centrado en disfunciones ejecutivas para explicar el TDA-H, los niños con este trastorno presentan problemas en: funciones ejecutivas, la memoria de trabajo no verbal, la memoria de trabajo verbal, la autorregulación de emociones y motivaciones y la reconstitución, siendo la primera de ellas esencial para el desarrollo del TDA-H. (Pelayo, Trabajo y Zapico, 2012).

- **Etiología**

La etiología del TDAH según el encuadre integrativo, establece que los factores genéticos y ambientales de forma conjunta hacen que se tenga mayor riesgo neurobiológico de presentar el TDAH, puesto que estos pueden generar alteraciones en la estructura en la función cerebral así como en los procesos cognitivos que hacen más proclive la aparición del trastorno. (Martínez, Albaladejo, Espín, Güerre, Sánchez y Jiménez, 2015).

No obstante también debemos destacar, la influencia de los factores ambientales en la expresión genética que pueden aumentar el riesgo de poseer el trastorno. En cuanto, a la exposición a sustancias y tóxicos durante el embarazo: El consumo de tabaco por parte de la madre durante el embarazo, incrementa en el doble la posibilidad de padecer TDA-H. En cuanto a la ingesta de alcohol y drogas los resultados no son concluyentes y la toma de fármacos en relación al desarrollo de TDA-H los resultados no se muestran claros (Martínez, Albaladejo, Espín, Güerre, Sánchez y Jiménez, 2015).

Además, los factores del embarazo y perinatales, la prematuridad y el bajo peso al nacer, también son factores de riesgo unidos al TDA-H. Del mismo modo, los factores psicosociales aumentan el riesgo de padecer este, como pueden ser, estrés durante el embarazo, antecedentes de depresión en la madre o conducta disocial del padre durante su infancia y adolescencia así como nivel económico bajo. (Martínez, Albaladejo, Espín, Güerre, Sánchez y Jiménez, 2015).

- **Presentación del TDAH**

Tal y como se recoge en el DSM-5 (APA 2013) es importante especificar los siguientes casos:

- Presentación combinada: Si se cumplen a su vez, los criterios de Inatención y de hiperactividad-impulsividad durante los últimos 6 meses.
- Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple los criterios de Inatención pero no, los de hiperactividad-impulsividad durante los últimos 6 meses.
- Presentación predominante hiperactividad/impulsiva: Si se cumplen los criterios de Hiperactividad- impulsividad pero no los de Intención durante los últimos 6 meses.

- **Características del trastorno y diagnostico:**

El trastorno del TDAH presenta síntomas nucleares, estos son: inatención, hiperactividad e impulsividad. Ellos repercuten, en todas las áreas del funcionamiento cognitivo, académico, conductual y social del niños con TDAH (Vicario y Santos, 2014).

Tal y como se describe en el DSM-5 (APA 2013) Para el diagnostico del TDAH, se tendrán en cuenta los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-5 que se muestran a continuación:

Tabla I. Criterios diagnósticos del TDAH especificados en el DSM-5.
Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por inatención y/o hiperactividad e impulsividad:
Inatención: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:
a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades.
b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas
c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente
d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales

e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades).
f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido
g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades
h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas
Hiperactividad e impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:
a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado
c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)
d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
e. Con frecuencia está “ocupado,” actuando como si “lo impulsara un motor”
f. Con frecuencia habla excesivamente.
g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta
h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno
i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros

A continuación, el manual DSM-5 expone que la sintomatología de la Inatención e Hiperactividad pueden manifestarse antes de los 12 años. Así mismo, los síntomas tanto del criterio A1 como A2, tienen producirse en dos o más de los ámbitos de la vida del niño (escuela, familia, iguales, etc). Además, la sintomatología del TDA-H dificulta o reduce la calidad de la actividad social, académica o laboral.

- **Intervenciones**

Existen diferentes tipos de tratamiento por lo que respecta al TDAH, en primer lugar, como aquella más efectiva, encontramos la farmacológica, en segundo lugar encontramos, la conductual, en tercer lugar la cognitiva, en cuarto lugar la cognitivo – conductual y por último, la psicoeducativa.

▪ **Intervención farmacológica**

La finalidad principal de la intervención farmacológica, es la reducción de la frecuencia e intensidad de la sintomatología central.

Con el tratamiento farmacológico con estimulantes produce una gran mejora en los síntomas propios del trastorno siendo más eficaz este, en frente de aquellos que no son estimulantes. (Rabito-Alcón y Correas-Laufer, 2014).

La eficacia de la farmacología se ve reflejada en datos, puesto que entorno al 60-75% de los pacientes que han sido diagnosticados con TDA-H correctamente responde de forma favorable al tratamiento con metilfenidato disminuyendo los síntomas centrales: hiperactividad, impulsividad e inatención. Además con el tratamiento se produce una mejora de las funciones sociales, cognitiva y conductuales. (Esperón y Gómez, 2014).

▪ **Intervención Conductual**

Esta intervención se basa: *“En el análisis funcional de la conducta, en el que se identifican los factores que están manteniéndola conducta inadecuada, en el refuerzo positivo y en la penalización en función del comportamiento observado”* (Fenollar, Gómez y Muñoz, 2015).

Este tipo de intervenciones tiene un doble objetivo, o bien, reforzar, desarrollar o mantener una conducta deseada o bien, reducir o eliminar una no deseada.

Como se ha explicado con anterioridad, el tratamiento más efectivo para el TDAH es el farmacológico, no obstante la intervención conductual mediante técnicas de modificación del comportamiento, resulta ser el tratamiento no farmacológico más eficaz. (Hernández y Gutiérrez, 2014)

Existen diferentes técnicas conductuales, encontramos: los refuerzos o premios, los premios o refuerzos se llevan a cabo cuando se produce una buena conducta para que esta se repita, la economía de fichas: Se utilizan los refuerzos o premios mediante el registro de las conductas en un calendario. Los premios poseen unos valores que tiene que conseguir canjeando puntos. También encontramos los castigos, los niños con TDAH, suelen estar habituados a ser castigados, por ellos es muy importante, que los castigos solo se apliquen cuando existan comportamientos disruptivos significativos y por último, el tiempo de extinción, se lleva a cabo cuando se ignora la conducta disruptiva que el niño desempeña desde el primer momento. (Rodríguez y Criado ,2015)

▪ **Intervención Cognitivo-conductual**

Este tipo de intervenciones *“Se centran en el papel que tienen las distorsiones cognitivas en la aparición, desarrollo y persistencia de los síntomas psicopatológicos. Tiene como objetivo normalizar la conducta y los sentimientos del sujeto, cambiando su modo de percibir y juzgar la realidad y, por lo tanto, cambiando su modo de pensar”* (Fenollar, Gómez y Muñoz, 2015).

Actúan, no únicamente, sobre los comportamientos disruptivos que posee el niño sino también sobre la forma de ver la realidad del sujeto con TDAH.

Las estrategias cognitivo-conductuales en el TDAH, pretenden darle herramientas para que el niño sepa resolver conflictos, tenga un mejor autocontrol y que sea más asertivo.

La intervención cognitivo-conductual ayuda a mejorar la sintomatología del trastorno. Estudios abalan la eficacia de esta intervención, puesto que los niños con TDAH muestran progresos a nivel escolar con esta. Las mejoras se producen a nivel atencional, de autonomía así como disminución de conductas disruptivas y por lo tanto mayor rendimiento académico. Las estrategias que pueden aplicarse con esta intervención pueden ser las siguientes: autoinstrucciones, autoevaluación y resolución de problemas y modificación de conducta a través de una economía de fichas. En este trabajo abordaremos la modificación de conducta a través de la tarjeta Casa-Escuela (Nieves-Fiel, 2015).

Las estrategias cognitivo-conductuales en el TDAH, al fin y al cabo, pretenden dotar de herramientas al sujeto con TDAH para que sea capaz de resolver conflictos, posea un mejor autocontrol y que sea más asertivo. (Fenollar, Gómez y Muñoz, 2015).

▪ **Modelos Tarjeta Casa-Escuela**

En este estudio se llevará a cabo una intervención en la modificación de la conducta con la tarjeta Casa- Escuela en un niño con TDAH. Esta metodología, se engloba, como recoge Siegenthaler (2009) dentro del programa de intervención para profesores, ellos son los que se encargan de ejecutarlo. Además, el programa Pelham y cols. (2005) también incluye la tarjeta Casa-Escuela entre sus componentes.

La tarjeta Casa-Escuela pertenece a la intervención cognitivo-conductual y su fin, es hacer posible la autoevaluación reforzada por parte del alumno. Es decir, que este sea

capaz de reflexionar y evaluar si ha llevado a cabo bien o no una conducta, también en este caso existe refuerzo por parte del profesor, aportando las puntuaciones.

Este es uno de los ejes fundamentales de la intervención para profesores.

A continuación, detallaremos los diferentes tipos de intervención que lleva a cabo el profesorado.

En primer lugar, encontramos la tarjeta Casa-Escuela. Esta metodología se lleva a cabo de forma diaria. Es una especie de folio en el cual hay un apartado para el nombre del estudiante así como la fecha. En él se recogen 7 conductas, aquellas que se pretende que el sujeto repita con más frecuencia.

- Respetar a los compañeros.
- Cumple las normas del profesor.
- Permanece atento a la tarea/explicación.
- Completa tareas durante la clase.
- Copia las tareas para el hogar.
- Entrega los deberes asignados.

El cumplimiento de las tareas se rige por cuatro alternativas: Mal (0 puntos), Regular (0,5 puntos), Bien (1 punto), Excelente (2 puntos). Esta hoja además posee dos apartados: uno para las anotaciones del profesor y otro, para los comentarios de los padres. Cuenta además con un espacio para la firma de los padres.

Otra técnica de modificación de conducta también incluida en el programa para profesores es: el contrato de contingencias.

Este contrato, es un compromiso que firma el alumno, comprometiéndose a cumplir una serie de conductas con la finalidad de conseguir unos premios o privilegios.

En este caso, Siegenthaler (2009) nos ofrece un modelo con las siguientes conductas:

1. Acudir a las cinco a casa, después de salir del colegio.
2. Realizar el trabajo de clase.
3. No contestar al profesor.
4. Levantar la mano para pedir cualquier cosa al profesor.
5. No pelearme con _____.

El no cumplir estas conductas establecidas también supone unas consecuencias para el alumno, tales como: reducir el tiempo libre del alumno al día siguiente de no llevar a cabo la conducta correspondiente o salir más tarde al patio. Este contrato queda firmado por los padres, el profesor y el alumno.

También encontramos: Las viñetas, estas como recoge Siegenthaler (2009) también sirven para modificar la conducta y pueden ser aplicadas tanto por profesores como padres. En ellas se describe una situación de un niño/a con TDAH y se establecen unas preguntas, como: *¿Qué contingencia aplicarías?* De esta manera, se pretende establecer la técnica más adecuada a la conducta disruptiva.

- **Intervención psicoeducativa**

En cuanto a la intervención psicoeducativa, es la estrategia que permite que dar una mejor información sobre el TDA-H, a la persona que lo posee, a los progenitores y profesores con criterios de utilidad y veracidad científica. (Hernández y Gutiérrez, 2014).

La intervención psicoeducativa en el niño con TDAH, es aquella que se lleva a cabo con la participación de los contextos en los cuales se desarrolla el alumno, implicándose en este proceso: profesores y padres. La intervención familiar presenta los siguientes objetivos: encaminar el estilo educativo de los padres hacia uno más correcto, comprender en mayor grado el TDAH del cual es poseedor el niño así como entrenamiento en habilidades generales, para mejorar la relación con el niño y conseguir una mejor comunicación. (Gómez, Soria, Rico y Carrasco, 2017).

Por lo que respecta al tratamiento psico-educativo, debe diseñarse un plan individual en función de las necesidades del niño, y además tienen que estar involucrados los padres, compañeros de clase, así como el profesorado, para que la intervención sea efectiva y que además pueda adaptarse a los contextos naturales donde se desarrolla el niño. (Gómez, Soria, Rico, y Carrasco, 2017).

Los planes de acciones más desarrollados suelen ser: Técnicas para la modificación de conductas, Instrucción del niño en estrategias de auto-control, adaptaciones curriculares y contextuales, entrenamiento en habilidades sociales y entrenamiento neurocognitivo. (Casas y Ferrer, 2010).

METODOLOGÍA

- **Participante**

El presente estudio interviene un caso único. La modificación de conducta con la tarjeta Casa-Escuela se ha llevado a cabo con un niño, el cual recibe el nombre de “H” este tiene 8 años y reside en un pequeño municipio perteneciente a Valencia. Vive con sus padres, es hijo único y tiene una relación muy estrecha con sus abuelos maternos.

Desde que el niño tenía aproximadamente cinco años de edad, sus padres observaron que tenía problemas de concertación, exceso de actividad y problemas de autorregulación. Por lo que respecta al ámbito de los estudios presentaba carácter olvidadizo y le costaba mantener la atención sostenida en una tarea, esto se manifestaba en ambos ambientes: escuela y casa.

“H” acude a un colegio público, desde el cual se informó hará un par de años a los progenitores de cierta inmadurez. La medida educativa tomada fue Pedagogía Terapéutica así como más apoyo fuera del contexto escolar. Desde aquel momento, el niño ha acudido a diferentes sesiones con la psicóloga del colegio, la cual le derivó a la neuróloga. Durante este tiempo y en vista de las dificultades, los padres acudieron a “*Psicotrade*” entidad privada especializada en el diagnóstico y tratamiento de trastornos del neurodesarrollo, para valorar la situación del niño y realizarle diferentes pruebas. En la actualidad y tras todas las pruebas pertinentes, “H” posee diagnóstico de TDA-H, en poco tiempo acudirá de nuevo a una revisión con la neuróloga. En la actualidad, no recibe tratamiento farmacológico.

A continuación, se detallará su historia clínica y evolutiva. El embarazo del niño, se llevo a cabo bajo supervisión médica, de 40 semanas de gestación, la madre fumó durante el embarazo entorno a 6 cigarrillos al día y fue hospitalizada a los cinco meses por contracciones, el parto fue natural y sin epidural. En el área motriz, no hubo gateo y la marcha independiente fue adquirida dentro de los parámetros normales, en torno a los 12 meses.

En cuanto al desarrollo social, los padres comentaron que “H” poseía buena respuesta social desde muy temprana edad, además disfrutaba de juegos de interacción y era risueño. En la actualidad es un niño que busca relacionarse, interactúa y comparte juegos con sus iguales.

En cuanto al lenguaje, no tuvo problemas con la aparición de este así como en la aparición de sus primeras palabras. A nivel conductual, los progenitores manifestaron que presentaba problemas atencionales y berrinches puesto que en esas ocasiones “buscaba salirse con la suya.

Como recoge el informe, “H” no presentaba dificultades significativas en lenguaje receptivo, aunque si bien que tenía un lenguaje expresivo siendo más inmaduro para su edad. A nivel conductual, presentaba dificultades para mostrar atención y organizar la tarea, así como recordar instrucciones. Además, cuando no quería continuar con la

tarea, utilizaba diferentes estrategias para evadir esta.

Ahora, se expondrán los instrumentos específicos de evaluación que se emplearon con el sujeto y los resultados.

Para elaborar un perfil neuropsicológico, se aplicaron los siguientes instrumentos: *Merrill-Palmer Revisada*, *BRIEF*, *LURIA INICIAL*, *Cumanin* y *Emav-1*. Tras ello, se llegó a la conclusión que poseía un buen promedio cognitivo según su grupo de edad. No obstante presentaba alteración significativa, en inhibición, memoria de trabajo y planificación y organización. Además de dificultades en la memoria visual, en el procesamiento de la información y en la calidad atencional, sobre todo en la atención sostenida. Además tenía dificultades en el lenguaje expresivo (memoria inmediata en el recuerdo de frases) memoria icónica, ritmo y atención.

En relación a Comunicación y lenguaje se utilizaron los siguientes instrumentos: *CCC (Conductas Comunicativas de Bishop)* y *ITPA*. Los datos más relevantes evidenciaban que era un niño que hablaba demasiado, en ocasiones de forma repetitiva y presentaba dificultades para elaborar un discurso estructurado. En tareas de tipo auditivo se observó un perfil de desarrollo psicolingüístico por debajo de su edad. En las visuales, su perfil estaba por encima de su edad cronológica.

Por lo que respecta a Conducta y adaptación se aplicaron: *VINELAND II*, *Inventario para la evaluación del juego*, *BASC (profesores y padres)* y *SENSORY PROFILE*. Estas pruebas recogieron que "H", presentaba un nivel de adaptación algo bajo y dificultades en casi todas las áreas, comunicación y lenguaje, motricidad e interiorización y externalización de los problemas. Los resultados mostraron también que presentaba problemas de atención e índice de síntomas comportales, tanto en el contexto escolar como familiar.

Las conclusiones extraídas una vez realizadas las pruebas en distintas áreas: perfil psicolingüístico, conductas socio-comunicativas y patrón conductual adaptativo, se detallan a continuación.

Del primer bloque: el perfil psicolingüístico, el niño "H" presenta un perfil cognitivo promedio, además de predominantemente visual y asociativo. Los cuestionarios rellenados por los familiares y profesorado, reflejaban problemas en tareas estructuradas como también durante las pruebas, además se observan dificultades a la hora de focalizar la atención, recuperar datos y operar con la información, así como

en así como en otras funciones ejecutivas como la organización y planificación.

En este perfil, las puntuaciones más altas se obtienen en asociación visual, expresión motora e integración visual y los puntos más débiles en memoria secuencial auditiva, asociación auditiva y comprensión auditiva. Además, "H" tenía dificultades para recuperar la información o razonar para poder ejecutar la prueba.

En el segundo apartado: Las conductas-socio comunicativas, el sujeto «H» sabe desempeñar diferentes funciones comunicativas como realizar peticiones, pedir y ofrecer ayuda, así como realizar y contestar preguntas. Además hace un buen uso de las expresiones socioemocionales. En cuanto a los medios comunicativos gestuales y vocales, el niño en cuestión, presenta un desarrollo ajustado. También, se expresaba correctamente mediante el lenguaje oral como en el no verbal.

Además, "H" sabe realizar juegos sociales y motores, funcionales y simbólicos.

El niño se comunica en todos los contextos, con todas las personas y relación a sus gustos y a temas comunes.

Las conclusiones extraídas del tercer apartado que lleva por nombre: El patrón conductual adaptativo, reflejan que "H" en su vida cotidiana tiene cuidado con cosas peligrosas. En cuanto a la conducta en general, suele llamar la atención, interrumpe cuando el resto habla, le cuesta prestar atención, se molesta fácilmente y suele coger rabietas. Además, se aburre con facilidad y se desanima enseguida.

En cuando al perfil sensorial, observa un mejor desarrollo visual frente a lo auditivo.

En la actualidad, soy su profesora particular y por ello, basándome en la observación directa, puedo decir, que presenta dificultades para concentración y la atención sostenida en una tarea, se suele mostrar inquieto y le cuesta obedecer órdenes. También presenta problemas de organización. No obstante, "H" presenta un carácter bondadoso y afable y le gusta jugar con los niños de su edad. Debido al trastorno que posee, la intervención con la tarjeta Casa-Escuela, es una opción llamativa y dinámica para él para conseguir mejoras en su conducta.

▪ **Procedimiento**

La intervención con la tarjeta Casa-Escuela se ha llevado a cabo a lo largo de un mes (aproximadamente 20 días) de forma diaria en ambos contextos: escolar y familiar.

Para comprobar si “H” había realizado de forma satisfactoria o no, las conductas a cumplir marcadas en la tarjeta Casa-Escuela, los padres destinaban siempre el mismo rango horario a mitad tarde, así el niño asociaba la hora con la actividad correspondiente y ellos podían dedicarle toda la atención necesaria al niño y a la tarea.

- **Metodología**

A continuación, presentamos la metodología Tarjeta casa-escuela en profundidad y detallaremos las conductas-objetivo y por qué se han escogido estas.

En este trabajo en concreto, se ha escogido como plan de acción, la intervención para la modificación de la conducta de un niño con TDA-H, para ello utilizaremos la tarjeta casa-escuela. Esta consiste en premiar al alumno por el esfuerzo realizado en la escuela en casa. Por este motivo, la relación entre ambos contextos tendrá que ser cercana. Para ello, se establecerán conductas que se pretenden cambiar. Produciéndose así, un incremento de las conductas adecuadas. A continuación se detallaran estas:

- **Respetar a los compañeros (respetar el turno de palabra de los compañeros):** En clase a “H” le cuesta esperar a que sus compañeros terminen de hablar cuando la profesora otorga los turnos de palabra. Por ello, esta será una conducta a mejorar. De esta forma “H” aguardara a que sus compañeros finalicen.
- **Permanece sentado en su asiento:** Esta conducta, para la psicóloga del centro es una de las más importantes para trabajar con el niño, porque posiblemente sea la más tediosa para él. Se pretende conseguir que permanezca más tiempo sentado de lo que habitualmente está.
- **Copiar las tareas para el hogar:** “H” es olvidadizo y en ocasiones, al llegar a casa no tiene apuntado que es aquello que tiene que realizar o se deja en clase los materiales con los que tiene que trabajar. Para ello, tendrá que anotar las actividades que se mandan en la escuela.
- **Recoger el material después que acabar la tarea:** A “H” le cuesta ser organizado y planificarse, por eso en ocasiones, al finalizar las tareas deja el material sin ordenar. Tiene que aprender la rutina que una vez acabada la tarea, se recoge.

- **Instrumento de evaluación:**

Tarjeta Casa-Escuela.

La tarjeta Casa-Escuela es una técnica de modificación de conducta. Con ella se premia al alumno en casa por aquello que hace correctamente en el colegio, implicándose así ambos contextos donde se desarrolla el niño. Es necesario para aplicarla, establecer unas conductas-objetivo, de este modo se concretarán las conductas a mejorar haciendo que se repitan más frecuentemente. En esta técnica, el niño es recompensado por aquello que ha logrado y esto hace que se incremente la posibilidad de que repita la conducta porque comporta un premio. Del mismo modo que se establece un listado de conductas-objetivos, también se establecerá otra de premios o refuerzos.

La profesora es la encargada de valorar cuantitativamente si se ha llevado a cabo la tarea o no a la largo de la mañana y la tarde, para ello se tienen diferentes alternativas: Mal, regular, bien o excelente. Cuando estas valoraciones llegan a casa, los padres traducen estas en puntos y de esta forma el niño es premiado.

Es aconsejable que aquellas conductas en las cuales el niño tenga que esforzarse más para cumplirlas, el premio sea más valioso para el sujeto. En este caso, a aquellas conductas que para "H" eran más difíciles de conseguir se recompensaron con un premio más importante para él.

También es importante destacar que esta se debe llevar a cabo de forma individualizada y atendiendo a las necesidades o particularidades de cada sujeto.

En un primer momento, se llevó a cabo una entrevista con los padres y también con la docente así como la psicóloga del centro para conocer en profundidad el comportamiento de "H" en ambos contextos, así supe que conductas querían que se reiterasen y también aquellas en las que "H" presentaba mayor dificultad para llevar a cabo. Además, utilicé esta sesión para explicarles en qué consistiría la técnica y cómo se llevaría a cabo. Durante esta, los padres me expusieron sus dudas y comentaron cuáles eran los principales intereses de "H" para premiarle en función a estos.

Tras la reunión, realicé el listado de las conductas-objetivo en base a la información teórica, en concreto aquella aportada por los estudios de Siegenthaler (2009) donde aparece el modelo de Tarjeta Casa- Escuela y a la información aportada por los padres y profesores. Establecí las conductas-a mejorar (Véase Tabla 2) así como el listado de premios y las puntuaciones de estos. (Véase Tabla 2 y Tabla 3).

Tabla 2. Registro de conductas de la Tarjeta casa-escuela

CONDUCTA	MAÑANA	TARDE
Respeto a los compañeros (respeto el turno de palabra de los compañeros)		
Permanece sentado en su asiento.		
Completa sus tareas durante la clase.		
Copia las tareas para el hogar		
Recoger el material después que acabar la tarea.		

Además de la tabla donde se recogen todas las conductas a mejorar; la tarjeta Casa-Escuela ofrece cuatro alternativas, dependiendo del grado en el que se cumpla la tarea. (Ver figura 1)

Figura 1. Alternativas de cumplimiento de la tarea.

<i>MAL</i> 0	<i>REGULAR</i> 0.5	<i>BIEN</i> 1	<i>EXCELENTE</i> 2
-----------------	-----------------------	------------------	-----------------------

Tabla 3. Listado de premios.

PREMIOS	PRECIO
Elegir plato favorito para cenar	5 puntos
Leer un cuento a mis padres o abuelos	10 puntos
Jugar a los videojuegos con mi padre	25 puntos
Ir al parque a jugar con los amigos	35 puntos

Los premios fueron establecidos en función de las preferencias y gustos del niño. Aquellos de mayor más valía o precio, son aquellos en los que el alumno más tiene que trabajar para conseguirlos y por tanto, la recompensa es más motivadora. (Anexo 1, Figura 8)

- **Diseño del instrumento de evaluación.**

La elaboración de la tarjeta Casa-Escuela ha sido íntegramente realizada por mí. Para ella, empleé la temática “miniión” basándome en las preferencias del niño. (Anexo 1, figura 1 y 3).

Se realizó un dossier formado por un total de 20 hojas (puesto que se interviene a lo largo de este lapso de tiempo), donde en cada una de ellas aparecía la tabla, en la cual se recogían todas las conductas a mejorar. Todas ellas se encontraban plastificadas, del mismo modo que su portada y contraportada, para evitar que este cuaderno se deteriorase. (Anexo 1, Figura 1 y 3).

En ella, realicé una tabla con un total de 3 columnas, en la de la izquierda coloqué las conductas a cumplir por “H”. En las 2 restantes restantes, coloqué las palabras: Mañana y Tarde. Las casillas de estas dos columnas se encontraban vacías, puesto que en ellas se pegarían los adhesivos según el niño hubiese realizado su tarea.(Anexo 1, Figura 7). La tarjeta Casa- Escuela cuenta con un total de cuatro alternativas para registrar cómo se ha llevado a cabo la tarea, las alternativas son las siguientes: Mal, Regular, Bien y Excelente. Para cada una de ellas, escogí un modelo distinto de pegatinas (Anexo 1, Figura 2):

- MAL: Círculo rojo.

- REGULAR: Círculo azul.
- BIEN: Círculo plateado.
- EXCELENTE: Estrella dorada.

Según como “H” hubiese cumplido su tarea, se colocaba la pegatina correspondiente. (Anexo 1, Figura 4, 5 y 6). De esta manera, en cada una de las casillas se podría ver como había cumplido el niño la conducta y así constaba recogido en el dossier para poder observar su evolución.

Para las puntuaciones, realicé, los números del 0 al 9 eran tarjetitas plastificadas y se repetían tres veces cada uno de ellos (3 veces el 0, 3 tres veces del 1, 3 veces el dos...) con un total de 30 números.

También elaboré el listado de premios y sus respectivos precios en otra cartulina plastificada de tamaño DIN- A4 para que estuviese en casa, así tanto los padres como el niño podrían consultarlo fácilmente.

Para facilitar la anotación de los datos en el apartado: *Resultados*, realicé a un dossier con 20 hojas, con la misma tabla que poseía el niño en su cuaderno, con la finalidad de poder anotar los datos según se iban cumplido las conductas; esto facilitaría el posterior análisis de datos. (Anexo 1, Figura 9 y 10).

Para las cuatro alternativas: Mal, regular, bien y excelente, escogí las iniciales de cada una de ellas. De esta manera, anotaba en la casilla correspondiente a la conducta: M, R, B o E, según se hubiese cumplido esta. (Véase Tabla 2).

RESULTADOS

Para proceder a la valoración de los resultados en el presente trabajo de investigación, se ha hecho uso del paquete estadístico SPSS 19.0. En primer lugar, se ha hecho un registro de 4 tipos diferentes de conductas, valoradas mediante un seguimiento matutino y otro vespertino durante 20 días. A cada conducta se le ha asignado un valor del 1 al 4 en función de si había sido resuelta mal (1), regular (2), bien (3) o excelente (4). Una vez pasados los registros al SPSS, se ha hecho el cálculo de las siguientes variables:

1. Media de las conductas por la mañana: se promedian las puntuaciones de las 4 conductas concurridas en horario de mañanas.

2. media de las conductas por la tarde: se promedian las puntuaciones de las 4 conductas concurridas en horario de tardes.

3. Medias de las conductas 1,2,3,4: se promedian los resultados en mañana y tarde para cada conducta.

4. Puntuación total: Representa la puntuación media de todas las conductas para cada día.

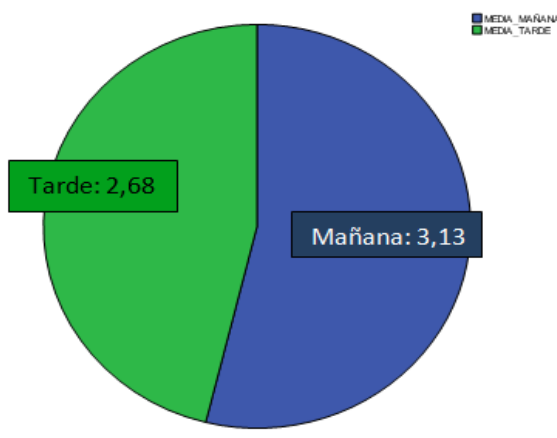
A continuación se presentarán los estadísticos descriptivos así como los gráficos utilizados para esclarecer las diferencias halladas.

1. Puntuaciones medias y desviación típica de todas las tareas en la mañana y en la tarde. Estadísticos descriptivos y diagrama de sectores.

▪ **ESTADIOS DESCRIPTIVOS**

	Media	Desviación típica
Puntuación mañanas	3,13	0,41
Puntuación tardes	2,68	0,33

DIAMAGRA DE SECTORES



En primer lugar, tal y como nos muestran los estadísticos descriptivos observamos que la puntuación media por la mañana es moderadamente superior a la puntuación media por la tarde. En cuanto a la variabilidad, también es mayor por la mañana tal y como muestra la desviación típica. El diagrama de sectores nos ofrece una información visual sobre la diferencia entre ambas variables.

**2. Puntuaciones medias y desviación típica en cada tarea a lo largo del día.
Estadísticos descriptivos y diagrama de sectores.**

▪ **PUNTUACIONES MEDIAS Y DESVIACIÓN TÍPICA DE CADA TAREA.**

	Media	Desviación típica
Tarea 1	2,9	0,34
Tarea 2	2,5	0,45
Tarea 3	3,17	0,46
Tarea 4	3,07	0,59

En relación a las diferencias entre conductas, podemos observar que la media es ligeramente superior en la conducta número 3. Por su lado, la conducta número 2 es la que obtiene una puntuación media menor, siendo la conducta 4 la que representa mayor variabilidad.

3. Frecuencias de las cuatro conductas

RESPETA A LOS COMPAÑEROS (RESPETA EL TURNO DE LOS COMPAÑEROS)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2	7	14,6	17,5	17,5
	3	29	60,4	72,5	90,0
	4	4	8,3	10,0	100,0

Total	40	83,3	100,0	
Perdidos Sistema	8	16,7		
Total	48	100,0		

Como se puede observar el porcentaje más elevado en esta tabla, lo recibe el valor 3 con un 60,4%. De manera que la conducta de: respetar a los compañeros se ha completado de forma correcta, la mayoría de las ocasiones. La frecuencia con la que aparecía el bien en esta conducta es un 29.

PERMANECE SENTADO EN SU ASIENTO.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1	4	8,3	10,0	10,0
2	11	22,9	27,5	37,5
3	18	37,5	45,0	82,5
4	7	14,6	17,5	100,0
Total	40	83,3	100,0	
Perdidos Sistema	8	16,7		
Total	48	100,0		

Como se puede observar en esta tabla el porcentaje más alto con un 37,5 % es aquel que se le otorga a la puntuación de 3 que representa el bien. La conducta de permanecer sentado en su asiento la ha ejecutado mayoritariamente bien. Si nos fijamos en la frecuencia, el valor 3 es también el que posee una frecuencia mayor. Indicando, que esta conducta generalmente, se realizaba bien.

COPIA LOS DEBERES PARA EL HOGAR

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado

Válidos	2	3	6,3	7,5	7,5
	3	24	50,0	60,0	67,5
	4	13	27,1	32,5	100,0
	Total	40	83,3	100,0	
Perdidos	Sistema	8	16,7		
Total		48	100,0		

En esta conducta, se puede observar como el porcentaje es el 50% perteneciente al valor 3, que representa el bien. Nos indica que la mitad de las veces que se ha llevado a cabo esta conducta, el sujeto la realizó bien. Además el valor 3, es el que con más frecuencia se produce con un 24.

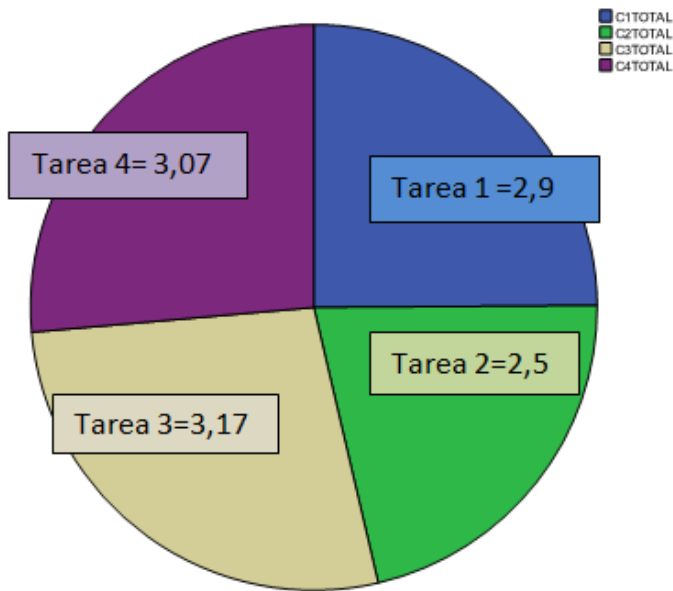
RECOGE EL MATERIAL UNA VEZ FINALIZADA LA TAREA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	1	2,1	2,5	2,5
	2	5	10,4	12,5	15,0
	3	20	41,7	50,0	65,0
	4	14	29,2	35,0	100,0
	Total	40	83,3	100,0	
Perdidos	Sistema	8	16,7		
Total		48	100,0		

El porcentaje más alto en esta conducta es el 41,7% el cual hace referencia al valor 3, que viene a simbolizar, un bien. Además la frecuencia con la que se repite este valor es de 20. De ello se puede extraer, que durante el tiempo de la intervención, esta

conducta se ha cumplido mayoritariamente de forma correcta o bien, puesto que el valor 3, si nos fijamos en la frecuencia obtiene el más elevado, un 20.

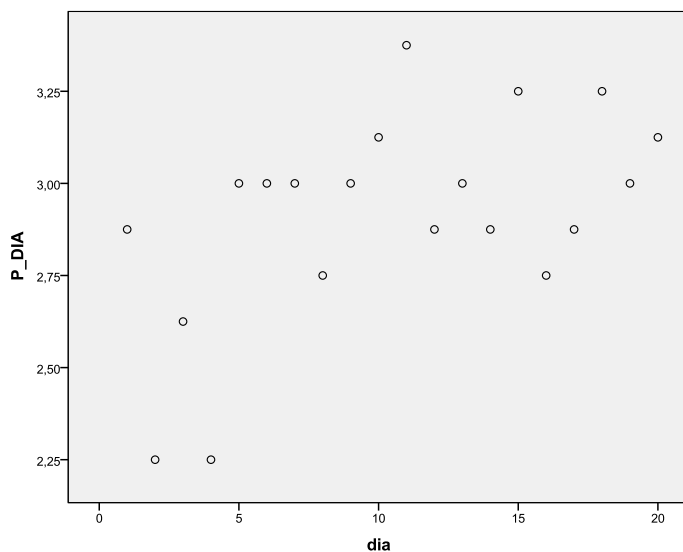
- **DIAGRAMA DE SECTORES**



Nuevamente, se puede observar el diagrama de sectores, que corrobora los resultados obtenidos por los estadísticos.

4. Evolución global del niño durante los 20 días de seguimiento. Diagrama de dispersión.

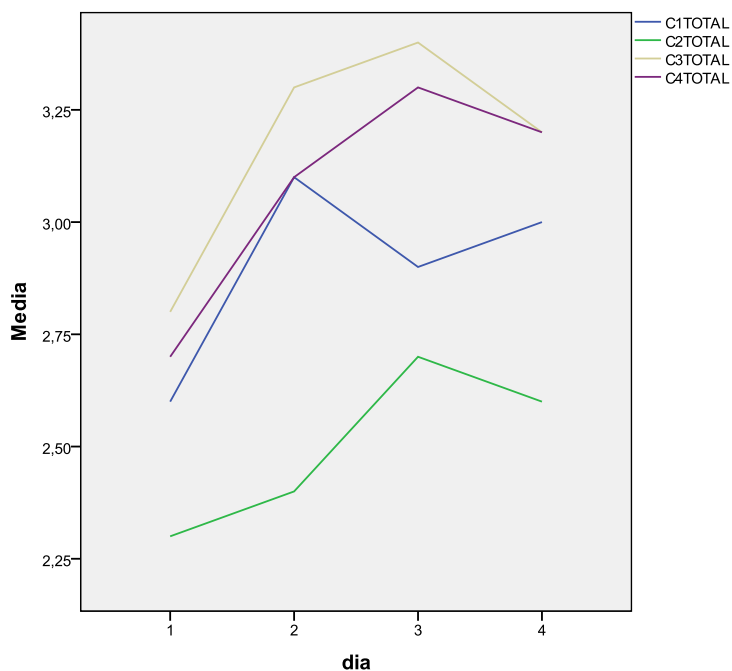
- **DIAMAGRAMA DE DISPERSIÓN**



En el siguiente diagrama de dispersión se observa la evolución del niño durante los 20 días de seguimiento, tomando como referencia la puntuación media del día. Observamos que, efectivamente, existe una relación lineal ascendente entre el día y la puntuación, siendo la diferencia más marcada entre los días 10 y 15 del intervalo.

5. Seguimiento de cada conducta por ciclos. Diagrama de líneas.

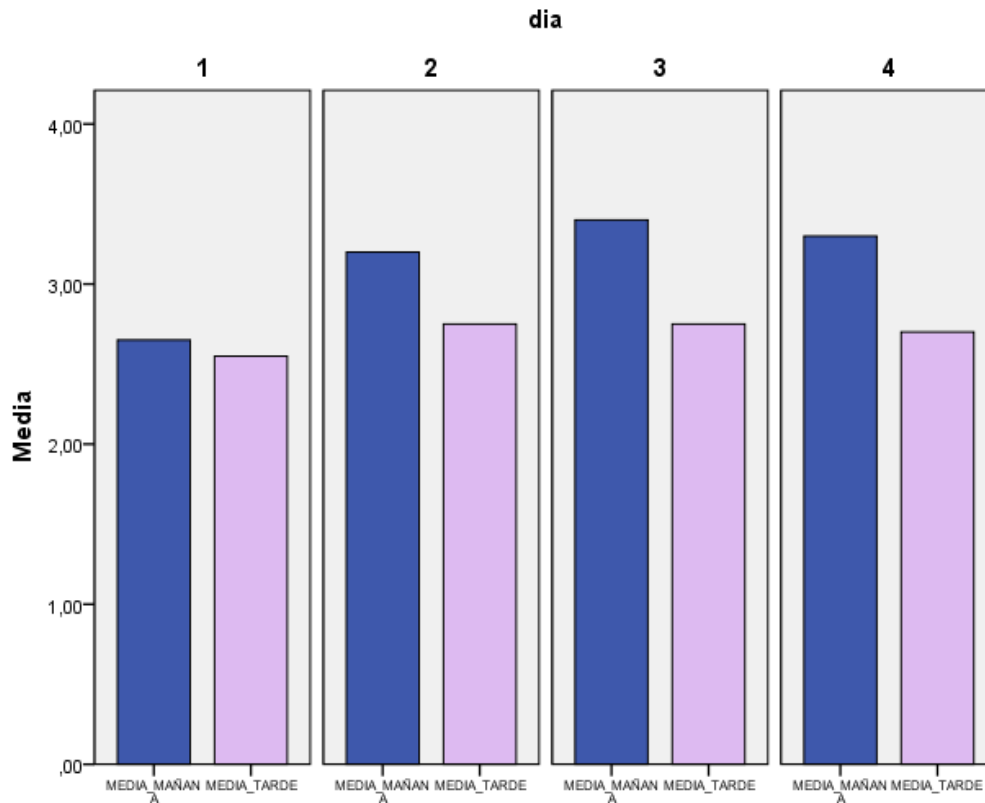
▪ **DIAGRAMA DE LÍNEAS**



En el siguiente gráfico, se han agrupado los días en 4 ciclos para poder discernir mejor la evolución entre conductas. Así pues, observamos que todas protagonizan una evolución significativa. Esta evolución es más marcada en la fase 3, coincidiendo con los días 10-15 tal y como muestra el gráfico comentado con anterioridad. En lo relativo a cada conducta en particular, se observa una clara ventaja por parte de las conductas 3 y 4, que son las que más evolución representan. Por su lado, la conducta 1 se mantiene más estable, siendo la conducta 2 la que menos evolución protagoniza con el paso de los días.

4. Evolución de las puntuaciones medias de las mañanas y las tardes medidas por ciclos. Diagrama de barras.

▪ **DIAGRAMA DE BARRAS.**



En el siguiente diagrama de barras se observan las diferencias entre mañana y tarde, distinguidas en función de la fase de evaluación. Observamos que la media de las puntuaciones por la mañana es superior en las 4 fases del seguimiento, siendo esta diferencia más marcada en las fases 3 y 4, donde se observa un mayor desempeño global. También se puede observar, nuevamente como las puntuaciones, tanto por la mañana como por la tarde, son superiores en la fase 3. Así pues, se observa una evolución del niño en las primeras fases, que culmina en la fase 3 estabilizándose en la última fase.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los resultados analizados con anterioridad, se pueden derivar del estudio las siguientes conclusiones:

En primer lugar, observamos que el niño con TDAH rinde mejor por la mañana, puesto que como se extrae del apartado anterior, las conductas se cumplen de mejor forma en las sesiones de la mañana respecto de las de por la tarde. Por ello, las primeras horas del día serían un buen momento para intentar trabajar con ellos aquellas tareas que les resultan más costosas, como en este caso, es permanecer sentado en el asiento. Como se ha podido observar en el apartado anterior, por la tarde el niño presenta mayor dificultad para concentrarse y realizar correctamente las conductas-objetivos planteadas, por ello, sería una buena opción aumentar el refuerzo durante esta franja horaria.

El hecho de que el niño tenga mejores resultados por la mañana respecto de por la tarde puede deberse a factores tales como el cansancio. Durante las primeras horas del día, los niños se muestran con más energía que a últimas horas, puesto que a medida que avanza el día la fatiga en el alumno también aumenta. Las tareas escolares requieren esfuerzo mental y físico y conforme avanza el día se produce un desgaste de la energía.

Los estudios demuestran como la curva de Kräpelin, establece las horas más óptimas para la impartición de asignaturas complejas, en las primeras de la mañana de la jornada escolar. Durante este período, el alumno se encuentra con más energía para afrontar las tareas más complejas. (Hernández, 2015). Esto podía ser trasladado al caso que nos ocupa, puesto que las tareas las cumple mejor por la mañana que por la tarde y puede deberse, al cansancio que va acumulando al largo del día.

En lo relativo a las conductas evaluadas, la de permanecer sentado en la silla es la que supone una mayor dificultad para llevar a cabo por parte de este niño.

Sin embargo, ha respondido bien a las tareas de: copiar los deberes y recoger el material una vez finalizada la tarea. Puede que ello se deba a que estas últimas conductas son más tangibles: puesto que por un lado, al niño le resulta más fácil controlar si lo ha hecho o no; y por otro lado, es más fácil para el adulto programar un refuerzo contingente basado en el cumplimiento de la tarea. Tal y como recoge el DSM-5 (APA 2013) no debemos olvidar la sintomatología central del TDAH: Hiperactividad, Inatención e Impulsividad, puesto que independientemente de las dificultades en atención, el carácter hiperactivo de los niños con TDAH, les dificulta

sobremanera llevar a cabo una actividad relajada durante un tiempo continuado. Por ello, quizás sería bueno de cara a una segunda intervención incidir en este aspecto, intentando trabajarlo sobre todo en horario de mañanas que es cuando los niños están más tranquilos.

En líneas generales, una intervención basada en un programa cognitivo-conductual supone una mejora significativa en el comportamiento del niño, no obstante esta mejora se estanca en las últimas fases. En este sentido, habría que redefinir la intervención intentando incidir sobre el agotamiento del niño y aumentando la valencia de los refuerzos en las últimas fases

Es cierto que la intervención más potente para combatir la sintomatología central de TDAH es la farmacológica, pero como corroboran Rodríguez y Criado (2015) la alternativa más eficaz al margen de la farmacológica sin duda ha demostrado ser, la cognitivo-conductual. Esta actúa en el comportamiento disruptivo del sujeto pero también le da pautas para cambiar la forma que tiene de ver el mundo. (Fenollar, Gómez y Muñoz, 2015).

También es importante mencionar el hecho de que “H” no está siendo medicado para el TDAH. Con él, sólo se ha llevado a cabo una intervención cognitivo-conductual. Con anterioridad y por iniciativa de sus padres, se había llevado a cabo una intervención conductual: la economía de fichas, pero el niño perdió el interés rápidamente por la dinámica y no se consiguieron apenas mejoras.

Además, no debemos olvidar comentar las limitaciones en nuestro estudio, y es que se trata de un diseño de caso único, lo que dificulta la extracción de conclusiones generales aplicables a toda la población. En este último aspecto, sería conveniente repetir la intervención haciendo un seguimiento de una muestra más amplia de niños, con tal de comprobar si ésta resulta o no beneficiosa.

También, destinaré este apartado para los agradecimientos, en primer lugar, a mi tutora del TFG por haberme ayudado a mejorar este documento y hacerme las correcciones pertinentes para perfeccionarlo y en segundo, lugar a mis familiares que me han permitido trabajar con mi primo pequeño, llevando a cabo esta intervención en la modificación de la conducta. Él presentaba notorias dificultades para la concentración y organización y ha resultado satisfactorio, ver como en las conductas de: recoger el material al finalizar la tarea así como copiar los deberes, las mejoras han sido importantes. Como me trasladaron sus padres y su tutora, su mayor dificultad era el permanecer sentado en el asiento. Su hiperactividad e impulsividad hacen que

esta tarea le cueste más que el resto, aquí en este caso también se han producido mejoras, aunque menos acusadas que en las otras.

Además, llevar a cabo una intervención con la metodología de: la tarjeta Casa-Escuela ha sido un desafío para mí, puesto que esta había sido explicada como recurso para trabajar el TDAH en algunas asignaturas de la carrera pero no se había profundizado en ella. Leer artículos sobre esta, me ha permitido ampliar información sobre esta y que esta me sirva como recurso para utilizarla en mi futura labor docente con niños con TDAH. La psicóloga del centro como se recoge en el apartado de: Método, me asesoró muy amablemente y bajo su criterio, pensó que sería mejor para el niño reducir las conductas a modificar a cuatro. Una vez finalizada la intervención puedo decir que ha sido todo un acierto reducir el número de conductas, de lo contrario creo que no se hubiese conseguido tantas mejoras, puesto que al sujeto le hubiese resultado muy complicado centrarse en tantas a la vez.

Además, esta permite estrechar los lazos entre la escuela y la familia del niño en cuestión, puesto que tienen que permanecer coordinados. A través de esta mejora la el rendimiento escolar del niño.

Me alegro de que con esta intervención el niño haya conseguido mejorar su comportamiento en clase, reduciendo sus conductas disruptivas. Además, he podido observar lo motivado que se encontraba "H" con la metodología, Tarjeta Casa-Escuela, en él he visto un cambio anímico; antes iba más desanimado al colegio, durante el período que se llevó a cabo la intervención, se encontraba más feliz yendo a la escuela. Para él, el cuaderno supone una gran motivación, sabe perfectamente que para conseguir los premios deseados tenía que comportarse correctamente.

El niño también ha realizado una gran labor de contención puesto que en muchas ocasiones, ha guardado sus puntos para alcanzar el premio más deseado y esto ha supuesto, que continuase esforzándose para cumplir las conductas correctamente.

BIBLIOGRAFIA

Casas, A. M., & Ferrer, M. S. (2010). Tratamientos psicosociales eficaces para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Informació psicològica*, (100), 100-114.

De Psiquiatria, A. A. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-DSM 5*. Médica Panamericana.

Esperón, C. S., & Gómez, M. Á. (2014). Tratamiento farmacológico del TDAH basado en la evidencia. *PediatríaIntegral*, 634.

Fenollar Iváñez, F., Gómez Sánchez, J.A., Muñoz Ruiz, A. (2015). Tratamiento no farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y su abordaje en el entorno escolar. *Rev Esp Pediatr*, 92-97.

Fiel, M. I. N. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual de un niño con TDAH no especificado. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2(2), 163-168.

Franquiz Santana, F. I., & Ramos Martínez, S. (2016). TDAH: Revisión teórica del concepto, diagnóstico, evaluación y tratamiento.

Gómez, C. G., Soria, I. N., Rico, A. G., & Carrasco, F. F. (2017). Estrategias de optimización de alumnado con trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDAH. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, 7(1), 85-94.

Hernández Aguilar, T. (2015). *Estudio de la organización del tiempo escolar y su relación con la variable fatiga escolar* (tesis de pregrado). Universidad de Granada, Granada.

Hernández, P. R., & Gutiérrez, I. C. (2014). Plan de tratamiento multimodal del TDAH. Tratamiento psicoeducativo. *PediatríaIntegral*, 624.

Martínez, N., Albaladejo Gutiérrez, E., Espín Jaime, J. C., Güerre Lobera, M. J., Sánchez García, J., & Jiménez, J. L. (2015). Etiología y patogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Rev Esp Pediatr*, 62-68.

Miti, F., & Fernández, A. L. (2014). Una revisión bibliográfica acerca de la validez de diferentes instrumentos utilizados para la evaluación del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): revisión bibliográfica.

Rabito-Alcón, M., & Correas-Lauffer, J. (2014). Guías para el tratamiento del Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad: una revisión clínica. *Actas Esp Psiquiatr*, 42(6), 315-24.

Siegenthaler Hierro, R. (2009). Intervención multicontextual y multicomponente en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado.

Quintero, J., & Castaño de la Mota, C. (2014). Introducción y etiopatogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Pediatría Integral*, 9, 600-608.

Vicario, M. H., & Santos, L. S. (2014). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Manifestaciones clínicas y evolución. Diagnóstico desde la evidencia científica. *Pediatría Integral*, 18(9), 609-23.

Zapico Merayo, Y., Pelayo Terán., J.M (2012). Aspectos históricos y evolución del concepto de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): Mitos y realidades. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria. Volumen (11) 8-2*

ANEXO 1



Figura 1



Figura 2



Figura 3

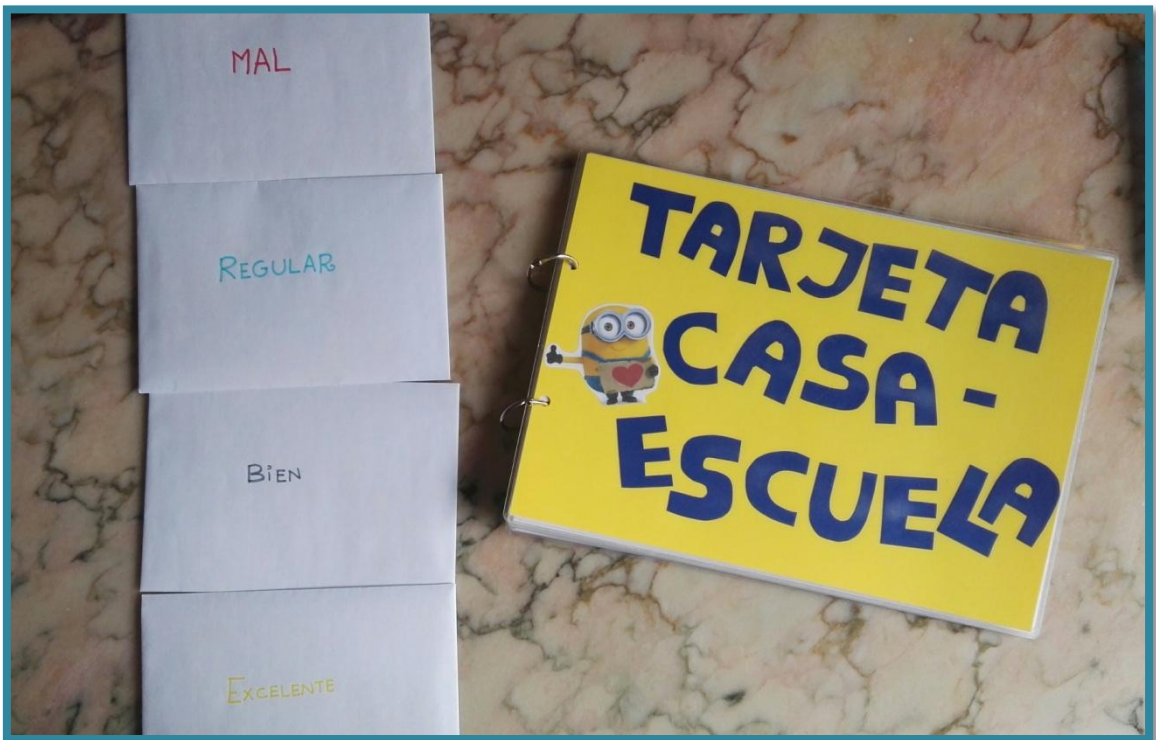


Figura 4



Figura 5



Figura 6



Figura 7

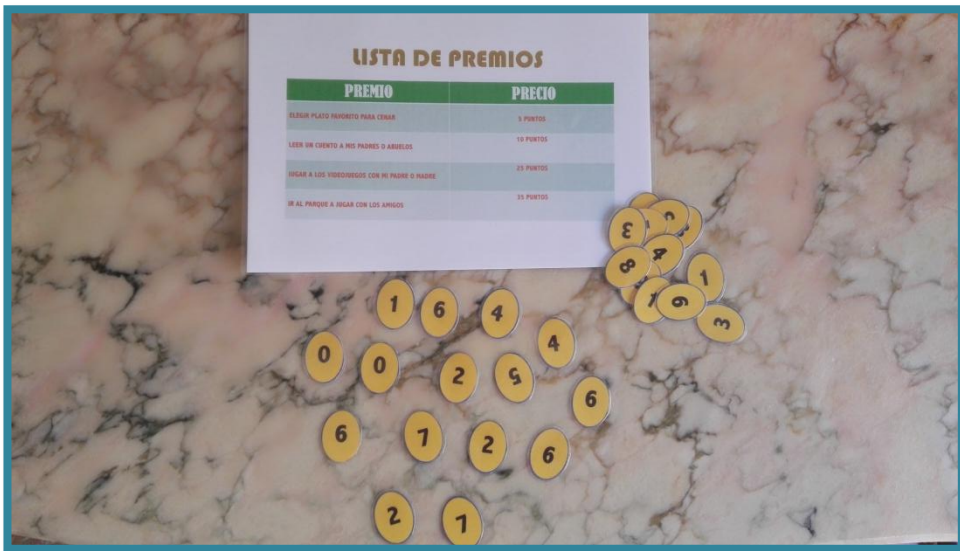


Figura 8



Figura 9

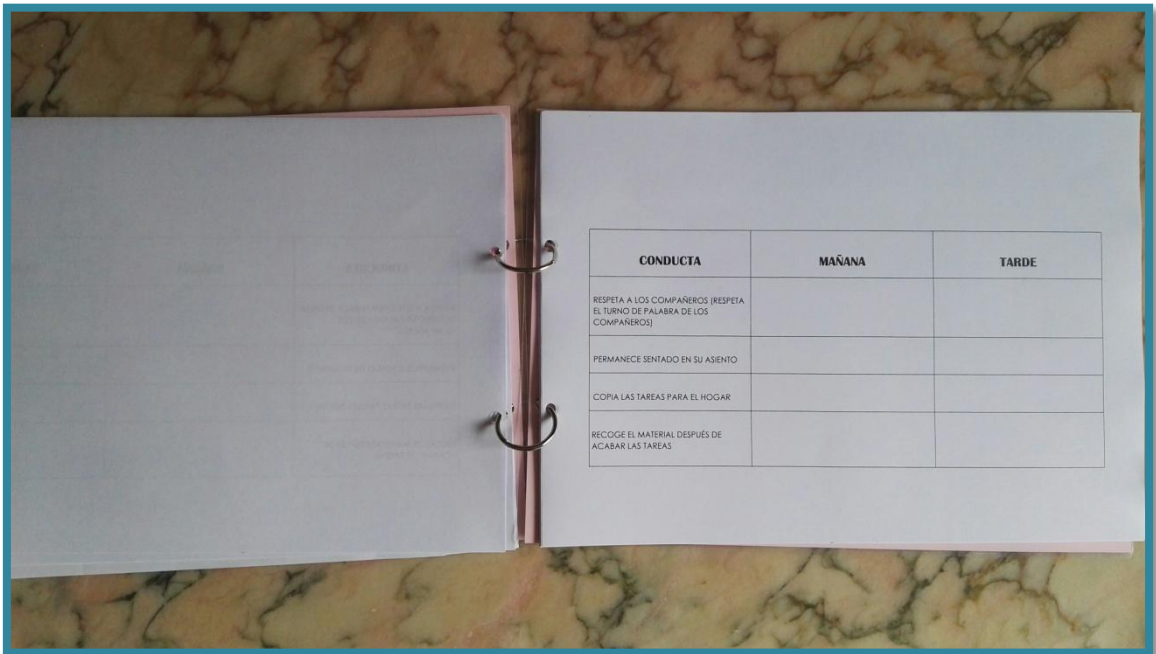


Figura 10