



**Universidad De Palermo**

**Facultad de Ciencias Sociales**

**Análisis de las intervenciones escolares realizadas a un niño que padece  
trastorno por déficit de atención con hiperactividad.**

**Alumna: Gusmerotti Verónica Fernanda**

**Legajo: 30694/6**

**Tutora: Dra. Gelassen Nora**

## **1. Índice**

1.Índice.....	1
2.Introducción.....	3
3.Objetivos .....	4
4.Marco Teórico.....	5
4.1Desarrollo histórico del TDAH.....	5
4.2Conceptualización del TDAH.....	6
4.3Criterios para el diagnóstico del TDAH.....	7
4.4Etiología.....	9
4.5Epidemiología.....	10
4.6Manifestaciones clínicas.....	10
4.7Comorbilidad y trastornos asociados.....	12
4.8 Diagnóstico diferencial.....	13
4.9Abordaje escolar.....	14
5. Estrategias conductuales y cognitivo-conductuales.....	16
5.1 Intervenciones conductuales orientadas a la manipulación de los antecedentes...16	
5.2 Intervenciones conductuales orientadas a la manipulación de las consecuencias.17	
5.3 Intervenciones cognitivo-conductuales.....	20
5. Metodología.....	23
5.1Tipo de estudio.....	23
5.2 Participantes.....	23
5.3 Instrumentos.....	23
5.4 Procedimiento.....	24
6. Desarrollo.....	25
6.1Descripción de las características de un niño que padece TDAH.....	26
6.2Análisis de las intervenciones escolares.....	28
6.3Descripción y análisis del rol docente.....	31

6.4 Relación entre la conducta del niño con TDAH, su rendimiento escolar y la experiencia dentro de su sistema familiar.....	34
7. Conclusiones.....	38
8. Referencias bibliográficas.....	43

## **2. Introducción**

La Práctica de Habilitación Profesional se realizó en un Colegio privado y religioso, ubicado en Barrio Norte. La Institución consta de tres niveles: Inicial, Primario y Secundario. En dicha oportunidad se trabaja con el Departamento de Psicología del Nivel Primario.

La finalidad de la práctica es realizar un acercamiento a una institución educativa perteneciente al sistema de educación formal para poder conocer más sobre las funciones, competencias y habilidades llevadas a cabo por el Servicio de Orientación Psicológica, cuyo staff está compuesto por dos psicólogos y una psicopedagoga que trabajan intensamente.

La práctica consiste en realizar 320 hs. que se distribuyen en un promedio de 20 horas semanales de presencia en la institución.

El rol del pasante en el Área Educativa, se ubica donde pueda contribuir a la comprensión del análisis de los comportamientos y de los procesos psicológicos que surgen en los alumnos como resultado de las intervenciones pedagógicas.

Desde el comienzo, el pasante adquiere responsabilidades y tiene un rol activo dentro del gabinete psicopedagógico.

Para conseguir esta finalidad, el pasante cuenta con diversos instrumentos de evaluación como la administración de técnicas psicológicas; la observación directa e indirecta del alumnado en los diferentes ámbitos escolares; la realización de entrevistas individuales y grupales de ellos; como así también entrevistas a docentes y padres, con el fin de observar y adquirir los conocimientos necesarios para poder desempeñarse de manera más autónoma dentro del establecimiento educativo.

De la asistencia al Colegio es que surge el interés por realizar el Trabajo Final Integrador sobre las intervenciones que realizan los docentes a un niño que padece el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y que actualmente cursa primer grado, siendo éste el único caso que se presenta en la institución.

El trabajo que se presenta consta de dos partes. En la primera se revisan los aspectos más destacados del TDAH, los criterios diagnósticos, los correlatos biológicos, comorbilidad y trastornos asociados y el abordaje familiar y escolar del trastorno. En la segunda parte se propone describir y analizar las estrategias e intervenciones escolares realizadas a un niño de seis años que padece el trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

### **3. Objetivos**

#### **3.1 Objetivo General**

Este trabajo propone describir y analizar las intervenciones escolares realizadas a un niño de seis años que padece el trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

#### **3.2 Objetivos específicos**

\* Descripción de las características de un niño que padece trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

\* Análisis de las intervenciones escolares que se utilizan para satisfacer las necesidades que el TDAH impone, para que estos niños puedan alcanzar el desarrollo de todo su potencial cognitivo, afectivo y social.

\* Descripción y análisis del rol del docente como implementador de las intervenciones, su relación con los padres y con el Servicio de Orientación Psicológica.

\* Relación entre la conducta del niño con TDAH, su rendimiento escolar y la experiencia dentro de su sistema familiar.

## **4. Marco teórico:**

### **4.1 Desarrollo histórico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad**

La primera descripción científica del trastorno por déficit de atención con hiperactividad se realizó en 1902, pero se debe ubicar en 1980, el momento en el que se llega a consenso científico que permite arribar a la descripción que se utiliza en la actualidad, ya que ella tuvo el particular mérito de incluir los problemas atencionales en el establecimiento de la actual categoría diagnóstica (Taylor, 2008).

Según Joselevich (2000), el Dr. George Still, pediatra inglés, fue quien descubrió la presencia de trastornos de la conducta en el año 1902, durante la observación de un grupo de veinte niños. Los niños tenían un comportamiento agresivo y desafiante con problemas de atención e hiperactividad. En aquel momento, se consideró que los problemas podían ser producto de una predisposición biológica hereditaria o debido a un defecto pre o postnatal.

En los años treinta, se descubre una relación inversa entre el nivel intelectual y la actividad motora. Recién en el año 1937, se descubrió el efecto tranquilizante de los psicoestimulantes en los niños hiperkinéticos tratados con benzedrina. Este fue un momento fundamental en la historia de la psiquiatría pues se considera el comienzo de la psicofarmacología infanto-juvenil (Gratch, 2001).

En 1947, se introduce el término de “daño cerebral”. En la década del 50, continuaron las investigaciones sobre los mecanismos neurológicos responsables de la hiperactividad, se consideró que un pobre filtro de los estímulos a nivel talámico era la causa del síndrome, para ese entonces llamado, síndrome hiperkinético (Hallowell & Ratey, 2005).

En los años 60, el término daño cerebral fue lentamente abandonado, hasta que se vio reemplazado por el término “disfunción cerebral mínima” considerando a la hiperactividad como su principal síntoma. Normalmente la hiperactividad disminuía con la edad del niño, debido a esto último, se consideraba que dicho cuadro era exclusivo de la infancia. Estudios posteriores demostraron que la mayoría de los niños con daño cerebral no desarrollaban hiperactividad, y menos del 5 % de los hiperactivos son patognomónicos de la hiperactividad, y están también presentes en la población normal (Joselevich, 2000).

El concepto de síndrome hiperkinético fue creciendo, como un síndrome conductual separado del concepto de daño cerebral. Ésto es lo que se intentará demostrar a partir de la década siguiente.

En la década del 70, se produjo un cambio teórico de gran relevancia acerca de los déficits cognitivos asociados a la hiperactividad. Los criterios diagnósticos se ampliaron y se redefinieron al incluir características que antes eran consideradas sólo secundarias (Hallowell & Ratey, 2005).

En 1980, se adoptó el término “Déficit de la atención con y sin hiperactividad ” y se encontró que los niños con problemas de atención sin hiperactividad se caracterizaban por tener un peor rendimiento escolar con menos problemas sociales que sus pares hiperactivos ( Hallowell & Ratey, 2005).

La Asociación Psiquiátrica Americana (2002), establece en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM IV-TR) el diagnóstico del TDAH en base a dos dimensiones de la conducta hiperactividad-impulsividad y falta de atención.

Giusti (2005), afirma que en la actualidad el conocimiento científico es contundente al establecer que las conductas impulsivas, agresivas, hiperactivas, desatentas y desafiantes tienen una fuerte predisposición neurobiológica y que alteran las capacidades del niño para poder ajustar su comportamiento a las demandas del ambiente.

Más allá de las bases neurobiológicas del trastorno, es menester destacar el rol fundamental del ambiente en cuanto a la forma de expresión que tendrán estas conductas, en el significado atribuido a las mismas y por consiguiente al nivel de tolerancia que de este se desprende (Giusti, 2005).

#### **4.2 Conceptualización del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad**

Gratch (2001), denomina Déficit de Atención a un desorden atencional que puede presentarse con o sin hiperkinesia (movilidad excesiva), con conductas agresivas o sin ellas.

Joselevich (2003), afirma que el déficit de atención es un problema de falta de atención, exceso de actividad, impulsividad o alguna combinación de ellos. Para diagnosticar Déficit de Atención, los problemas deben estar por fuera del rango normal para la edad y desarrollo del niño.

Operacionalmente el déficit de atención es la ausencia, carencia o insuficiencia de las actividades de orientación, selección y mantenimiento de la atención, así como la deficiencia del control y de su participación con otros procesos psicológicos, con sus consecuencias específicas.

Desde el punto de vista neurológico, se asume que el Déficit de Atención es un trastorno de la función cerebral en niños, adolescentes y adultos, caracterizados por la presencia persistente de síntomas comportamentales y cognoscitivos como la deficiencia atencional, la hiperactividad y la impulsividad (Scandar, 2003).

El DSM IV-TR incluye al TDAH dentro de los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. Esto se debe a que, si bien el trastorno puede ser detectado en la edad adulta, la historia de los síntomas se remonta a la infancia del paciente. El TDAH se pone de manifiesto desde el primer año de vida, aunque resulta difícil pero no imposible, confirmar este diagnóstico hasta los 4 o 5 años de edad. El DSM-IV-TR considera que la característica esencial del TDAH es la presencia de desatención, hiperactividad o impulsividad las cuales son desadaptativas e incoherentes con el nivel de desarrollo (APA, 2002).

Según el DSM IV-TR, para que a los chicos se les diagnostique este trastorno deben tener al menos seis síntomas de atención o seis o más síntomas de hiperactividad-impulsividad que hayan persistido durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

Los síntomas deben estar presentes durante al menos seis meses, ser observados en dos o más escenarios, por ejemplo en la escuela y en la casa, no ser causados por otro problema, como ser, la incapacidad para comprender instrucciones, el manifestar rebeldía, ni ser tan graves que causen dificultades significativas. Algunos síntomas deben estar presentes antes de los siete años (APA, 2002).

#### **4.3 Criterios para el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad según el DSM IV-TR.**

Para realizar un diagnóstico del déficit de atención con hiperactividad, se deben tener en cuenta seis o más de los siguientes síntomas de desatención que hayan persistido en el niño por lo menos durante seis meses con una intensidad desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

##### **Desatención**

(a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las 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 parece no escuchar cuando se le hable directamente.
- (d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender 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 trabajos escolares o domésticos).
- (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 diarias.

A su vez, el profesional de la salud mental, deberá estar atento a la detección de seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad que también hayan persistido en la conducta del niño, durante seis meses aproximadamente.

### **Hiperactividad**

- (a) A menudo mueve en exceso manos o pies en su asiento.
- (b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- (c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- (d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- (e) A menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor.
- (f) A menudo habla en exceso.

### **Impulsividad**

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

La definición del TDAH se ha actualizado en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales ( DSM- 5 ) para caracterizar con mayor precisión la experiencia de los adultos afectados. Esta revisión se basa en casi dos décadas de

investigaciones que muestran que el TDAH, aunque es un trastorno que comienza en la infancia, puede continuar hasta la edad adulta para algunas personas. Las ediciones anteriores de DSM no proporcionaban una orientación adecuada a los médicos en el diagnóstico de los adultos con la enfermedad. Mediante la adaptación de los criterios para los adultos, el DSM- 5 tiene por objeto garantizar que los niños con TDAH pueden continuar recibiendo atención durante toda su vida si es necesario.

En el DSM-5, varios de los síntomas del TDAH del individuo deben estar presentes antes de los 12 años de edad, en comparación con el DSM IV- TR que proponía los 6 o 7 años como la edad de inicio (APA, 2002).

#### **4.4 Etiología**

Según Scandar (2006), hasta el momento no se conocen las causas del TDAH. Sin embargo, la teoría más aceptada y divulgada es la que proclama que existe un componente genético u otros factores biológicos en su aparición. Existen ciertos factores considerados predisponentes.

Kaplan, Sadock y Grebb (1996), destacaron que el TDAH tiende a presentarse en determinadas familias. Suele suceder que un niño que padece el trastorno tenga en su familia alguien que tiene o tuvo características parecidas. La base genética de este trastorno se demuestra en los numerosos estudios realizados en gemelos monocigóticos. También puede ocurrir que los hermanos de un niño con TDAH tienen mayor probabilidad de padecer este trastorno que la población en general.

Durante varios años se mantuvo la teoría de que existía en los niños con TDAH una lesión cerebral mínima. Sin embargo no existe evidencia significativa para esta teoría, por lo cual ha sido parcialmente abandonada.

Rief (1999), analiza casos de niños donde han sido asociados al trastorno una gran cantidad de neurotransmisores. Esta teoría se sustenta en el hecho de que con la aplicación de ciertas sustancias se han modificado algunas de las características sintomáticas. No existe un único neurotransmisor implicado sino que son varios. Cuando se concentra la atención en una actividad se liberan neurotransmisores que permiten focalizar la atención e impiden que otros estímulos produzcan una distracción. Los niños que sufren TDAH podrían tener un funcionamiento deficiente de estos neurotransmisores.

También existen teorías que postulan un funcionamiento disfuncional de la regulación del nivel de activación y reactividad. Estas hipótesis de hipoactivación psicofisiológicas siguen siendo motivo de discordia (Vallejo Ruiloba, 1998).

Se ha observado que los niños con carencias emocionales pueden desarrollar síntomas de TDAH. Es frecuente que cuando las condiciones ambientales se modifican estos rasgos desaparezcan. Por ejemplo en niños que son adoptados luego de haber permanecido en instituciones transitorias, las experiencias de estrés psíquico, la pérdida del equilibrio familiar y cuestiones similares tienden a favorecer la aparición del TDAH (Kaplan, 1996).

#### **4.5 Epidemiología**

Según el DSM IV-TR (2002), la prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, se sitúa entre el 3 y el 7% de los niños en edad escolar, siendo la afección psiquiátrica estable y de inicio de mayor prevalencia en la infancia.

En lo referente a la distribución por sexo, hasta el momento, diferentes estudios realizados con niños, señalan una mayor incidencia del TDAH en los varones, con una relación de entre cuatro varones por cada niña, teniendo en cuenta la población general pero si se considera la población clínica, la incidencia sería de nueve varones por cada niña.

Es poco común que se diagnostique el TDAH antes de que el niño comience la etapa escolar. Incluso el brote suele aparecer alrededor de los 3 años pero se advierte cuando se presentan las exigencias del aprendizaje (Kaplan, 1996).

Barkley (1998) ha determinado que el TDAH, es el trastorno mental de la infancia más extensamente estudiado y que se estima que afecta del 3 al 7 % de jóvenes en edad escolar y al 4 % de los adultos en general.

#### **4.6 Manifestaciones clínicas**

Según Connors y Erhardt (1998) el TDAH se caracteriza por la presencia de tres categorías de síntomas principales: la inatención, la impulsividad y la hiperactividad. Se ha llegado a coincidir en que los síntomas del TDAH provienen de un funcionamiento deficiente en tres áreas: la atención, la respuesta inhibitoria y el nivel de actividad.

Clínicamente los niños con TDAH no muestran problemas de atención específicos, sino que en general aparecen dificultades atencionales que son multifacéticas. En este sentido, se menciona la incapacidad de mantenerse comprometido con la tarea escolar. El niño parece estar en otro mundo cuando se le habla, muestra dificultades para seguir instrucciones con múltiples

pasos; las tareas finalizadas son pobres; se distrae con estímulos que le son más llamativos que la tarea a realizar; es desorganizado y muchas veces extravía sus pertenencias (Rief, 1999).

Al niño con TDAH le resulta difícil focalizar y sostener la atención por un largo período, por lo tanto tiene dificultades para concentrarse en la tarea, salvo que se encuentre atraído por algo novedoso o de máximo interés para él y aún así, al rato no puede mantener la atención. El niño diagnosticado con TDAH tiene incrementada notoriamente la atención espontánea en detrimento de la voluntaria. Tienen una atención flotante, distribuida permanentemente en varios objetos de su campo perceptivo (Grau Martínez & Meneghello, 2000).

Gratch (2001), opina que variación en la atención se denomina atención selectiva porque el niño con TDAH parece tener interés solamente en las cosas que le gusta y entretienen. Por este motivo, su desempeño en el trabajo escolar es cambiante. Le resulta complicado trabajar con independencia.

Según Vallejo Ruiloba (1998), la hiperactividad implica un alto nivel de actividad, o sea el niño está en constante movimiento, se mueve, juega con objetos y es incapaz de permanecer sentado. Los síntomas de hiperactividad varían en naturaleza y grado. Las características que muestran hiperactividad van desde un hablar excesivo y el hacer ruido constantemente hasta la imposibilidad de quedarse sentado. El niño que padece TDAH es frecuente que golpee el piso con los pies y que juegue con objetos mientras está sentado, pero también es frecuente que deambule por el salón de manera caótica y acelerada.

Según Polaino (2005), al igual que la falta de atención, la hiperactividad es una característica que posee una variabilidad situacional significativa, los factores ambientales influyen ampliamente en el nivel de hiperactividad desplegado por el niño. El niño que en el aula sobresale del resto por sus conductas puede no llamar la atención en el patio de juegos. Esta influencia de las variables ambientales sugiere un déficit en la capacidad para regular los niveles de actividad y ajustarlos a la demanda de la tarea (Conners y Erhardt, 1998).

Gratch (2001), refiere que la impulsividad es frecuentemente asociada con la falta de autocontrol. Los niños que padecen TDAH no suelen poder manejar ni controlar sus emociones, poseen un déficit en la capacidad inhibitoria. Estos chicos pueden llegar a ser marcadamente impulsivos, es decir personas que efectúan actos que sólo después los reflexionan; ellos no logran verbalizar los problemas, los actúan. Es común que sean activos y necesiten moverse imperiosamente.

Para Vallejo Ruiloba (1998), la impulsividad en los niños se manifiesta en dos rasgos principales, por un lado en la incapacidad de posponer gratificaciones y en segundo lugar en la incompetencia para medir las consecuencias de sus actos. Ambas características hacen que los niños sean imprudentes física y socialmente, lo cual lleva a que se lastimen con frecuencia. Refiere también que la impulsividad perturba la interacción con otras personas, debido a que estos niños no pueden esperar su turno para hablar, realizan estallidos verbales y no son capaces de pensar antes de actuar, por lo tanto crean problemas. En relación al plano cognitivo, la impulsividad se observa en que los niños frente a una tarea, que implique exponer algún tipo de estrategia, salteen pasos, lo cual lleva un empobrecimiento de la misma. Esto sucede porque no existe una planificación previa de la tarea del docente.

Rief (1999) plantea la existencia de un componente agresivo en los niños que sufren el TDAH, además de estos tres síntomas principales (desatención, hiperactividad e impulsividad). También considera la baja autoestima y la alta frustración que sufren estos niños, los cuales son socialmente inmaduros.

Conners (1998), agrega que la característica de heterogeneidad del TDAH no solo es producto de la variedad de sus síntomas, sino también de la cantidad de características secundarias asociadas al trastorno. Las características secundarias más comunes para él son: un rendimiento académico por debajo del nivel esperado para su edad y un comportamiento agresivo que puede llevar a conductas antisociales.

#### **4.7 Comorbilidad y trastornos asociados.**

Según el DSM IV-TR (2002), se denomina comorbilidad a la asociación o coexistencia de varios trastornos que se dan en los niños en forma simultánea.

Joselevich (2003), refiere que resulta imprescindible conocer todas aquellas patologías con las que el TDAH puede confundirse debido a que presentan una sintomatología similar. A su vez menciona, que es habitual en los niños, que el TDAH no se manifieste como único trastorno ya que el niño puede mostrar síntomas que correspondan a otro. En esos casos, será necesario realizar el diagnóstico de ambos trastornos.

Según Mena Pujol (2009), el diagnóstico comórbido más común es el trastorno negativista desafiante, que puede afectar hasta al 60 % de niños y niñas con TDAH. Un porcentaje menor, alrededor del 20% de los niños con TDAH, puede desarrollar el trastorno disocial.

Según el DSM IV-TR( 2002), el trastorno negativista desafiante caracteriza al niño por ser susceptible, molestar deliberadamente a otras personas, desafiar activamente a los adultos, discutir con ellos, y a menudo ser colérico, resentido o rencoroso y vengativo. Los niños diagnosticados con el trastorno disocial, intimidan o acosan a otros, suelen iniciar peleas causando daño físico, pueden utilizar fuego para provocar un daño serio, mienten para conseguir favores o evitar obligaciones, y suele huir de la escuela o del hogar.

(Conners y Erhardt,1998), otros desórdenes pueden presentarse en niños que padecen TDAH, incluso es más probable que el TDAH se presente con una o más condiciones de comorbilidad a que se manifieste sin otro diagnóstico. Por ejemplo, son frecuentes los trastornos de ansiedad , trastorno del lenguaje expresivo, el trastorno d la Tourette y otros trastornos de tics.

#### **4.8 Diagnóstico diferencial.**

Al realizar el diagnóstico diferencial del TDAH es importante discriminar entre lo que se considera una conducta normal y una conducta que está fuera del rango normal esperado para la edad del niño. Muchos de los comportamientos que se consideran síntomas en el diagnóstico del TDAH suelen estar presentes en la mayoría de los niños, lo que determina si constituyen un síntoma o no son la frecuencia y la intensidad de los mismos (Scandar 2003).

Kaplan (1996), menciona que las características temperamentales de los síntomas del TDAH son difíciles de discriminar antes de los tres años de edad, ya que es complicado definir cuáles son producto de un sistema nervioso normal en desarrollo y cuáles se corresponden a una disfunción del tipo del TDAH. Es importante tener en cuenta la ansiedad que existe en el niño ya que esta puede existir como un elemento secundario o puede manifestarse por sí misma en hiperactividad y falta de atención.

El TDAH debe distinguirse de un trastorno depresivo primario. Esto se debe a que es frecuente que aparezca depresión secundaria debido a la cantidad de fracasos y a la baja autoestima. Es necesario diferenciar los problemas de aprendizaje y el TDAH, igualmente sucede que coexistan uno o más trastornos de aprendizaje con el TDAH.

Según el DSM IV-TR (2002), los síntomas del TDAH deben diferenciarse de los comportamientos característicos de cierta edad en los niños activos. A veces sucede que niños inteligentes se encuentran en ambientes que proveen poca estimulación, por lo tanto se aburren y suelen desarrollar conductas de hiperactividad. También suele confundirse la evitación de

tareas escolares, por parte de los niños que padecen TDAH, con conductas desafiantes que llevan a la negación las cuales son características del comportamiento negativista.

Para Kaplan (1996), la existencia de otro trastorno mental como por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad y trastorno disociativo, debe ser evaluada para determinar si realmente corresponde el diagnóstico de TDAH. En caso de que los síntomas sean mejor explicados por uno de estos, el TDAH no debe ser diagnosticado. En todos estos trastornos los síntomas aparecen luego de los siete años, ésta es una característica a tener en cuenta ya que el TDAH tiene un comienzo más temprano. Por otro lado cuando coexiste un trastorno de ansiedad o del estado de ánimo, ambos trastornos deben ser diagnosticados.

#### **4.9 Abordaje Escolar.**

Para Baren(1994), la etapa escolar suele ser el momento en el cual la patología se pone más en evidencia, sobre todo en aquellos casos que el déficit de atención va acompañado de hiperactividad. Las actitudes de los chicos con TDAH promueven disgusto entre sus pares quienes los excluyen de todas las formas posibles de ámbitos de juego, en la escuela, el hogar, los clubes, etc. Sus compañeros los rechazan ya que la conducta que tienen perturban el normal funcionamiento del grupo. Esto dificulta mucho la comunicación con su grupo de pares. Estos chicos parecen entonces muy independientes o con poca capacidad de integrarse a tareas grupales. Es fundamental que el docente conozca acerca del TDAH, que no ignore o niegue su existencia para poder comprender las dificultades que estos chicos presentan y más aún si lo tiene como alumno en su clase.

Según Rief (1999) el equipo de consulta de una institución educativa es indispensable para el abordaje del TDAH. Se trata de un grupo multidisciplinario que reúne profesionales que prestan servicio a la escuela y que se juntan periódicamente para recoger las preocupaciones y diseñar las intervenciones que se llevarán a cabo para solucionar los problemas que surgen. De este modo se establece un plan de acción.

Rief (1999) refiere que para trabajar con niños que han sido diagnosticados con TDAH se requieren ciertas cualidades en los docentes. Él señala los factores críticos que debe tener en cuenta el docente. Plantea que es necesario trabajar con compromiso, voluntad y flexibilidad, esto significa que debe existir un trabajo a nivel personal dedicándose a los niños, escuchándolos y atendiendo a sus necesidades.

También es indispensable que el docente haya sido entrenado en conocimientos sobre el TDAH. Debe poseer información acerca de la naturaleza fisiológica y biológica del trastorno, conocer los síntomas y las características de estos niños para comprenderlos y entender cuál es la razón de su comportamiento. Comprender que su conducta no es adrede, es de suma importancia para el vínculo con el niño y ayuda a conservar la paciencia, el sentido del humor y lidiar con sus conductas de un modo creativo y positivo. Es aconsejable que la escuela sea la responsable de entrenar y educar a los maestros acerca del TDAH. La falta de foco y concentración, problemas con la memoria de trabajo, y la dificultad para sostener tareas, se ponen en juego durante el aprendizaje y en las relaciones con los otros.

Si estas se interpretan erróneamente como puramente emocionales, haciendo referencia a la falta de motivación o actitudinales como podría ser la falta de límites, lleva probablemente a que se produzcan otros problemas agregados. Por ejemplo la baja autoestima, la ansiedad, las dificultades de aprendizaje específicas, etc.

Poder valorar adecuadamente el sustrato neuropsicológico de las mismas ayuda al docente y al terapeuta el lograr una mayor empatía con el chico y sus padres para trabajar en la dirección de descubrir sus fortalezas y potencial, tomando las dificultades como problemas a resolver en lugar de atribuirlos a rasgos de personalidad como es malo, tonto, agresivo, manejador, inmaduro, etc (Barkley, 1998).

Cabe mencionar, la importancia que tiene el rol de la familia cuando convive con un niño con TDAH. Para Gratch (2001), es muy habitual que el modo de interacción con los miembros de su familia sea el de discutir y fundamentalmente intente acusar a otros de sus inconvenientes, culpando de todo lo que le pasa a otras personas. Las discusiones no conducen a hacerlos reflexionar sobre el significado y consecuencia de su conducta. Estos chicos no pueden respetar los límites impuestos por los adultos. La ausencia de límites en el núcleo familiar es un fenómeno cada vez más frecuente, los padres se niegan a aplicarlos ya que los niños se resisten naturalmente a ellos. Los límites pueden ser considerados castigos por sus características desagradables para el niño. El aplicar límites no es tarea fácil pero es absolutamente necesaria para el desarrollo de los individuos.

Orjales Villar (2002), refiere que es necesario prestar atención a las actitudes y comunicaciones familiares debido a que con frecuencia esas actitudes tienden a producir o a mantener una conducta sintomática en el niño. Esto último constituye una gran divergencia en la

idea de que la persona que presentaba los síntomas era aquella en quien residía el problema.

Resulta importante integrar a los miembros de la familia dentro de la terapia con el niño que padece TDAH, esto permite entender cómo es la estructura específica en la cual se encuentra el niño debido a que ella desempeña un rol importantísimo en la génesis y desarrollo de dicho síndrome.

## **5. Estrategias conductuales y cognitivo-conductuales**

Dentro de las estrategias para abordar este trastorno se encuentran la terapia cognitivo-conductual y la terapia familiar sistémica. Estos modelos aportan conceptos que permiten construir un marco referencial (sistémico-cognitivo-conductual) acerca del funcionamiento familiar, incorporando nociones de contingencias, principios de aprendizaje social y de la teoría cognitiva al análisis de la familia (Scandar, 2003).

Orjales Villar (2002) refiere dentro del modelo sistémico, que los síntomas del niño son considerados expresiones disfuncionales del sistema familiar. La solución del problema se puede hallar en realizar un cambio en los patrones disfuncionales de interacción familiar.

En el trabajo con niños que padecen TDAH, la escuela implementa estrategias basadas en los principios conductistas y también, en ciertas perspectivas cognitivas. Sin embargo, han sido las estrategias conductistas las que han ocupado un rol fundamental y privilegiado en las intervenciones escolares. Esto ocurre debido a la eficacia que han demostrado estas técnicas (Rief, 1999).

### **5.1 Intervenciones conductuales orientadas a la manipulación de los antecedentes**

Según Gardill & Du Paul (1996), son denominados antecedentes aquellas variables que pueden ser manipuladas por el docente previamente a que se desarrolle la actividad de los niños. Existen dos antecedentes importantes para trabajar con niños con TDAH dentro del aula. Por un lado los antecedentes al ambiente del aprendizaje y por el otro, los antecedentes de la tarea. En el primer caso, se hace referencia a la estructura del aula, sus reglas, y las expectativas del docente.

La disposición de los asientos posee un impacto significativo en el nivel de concentración y en el comportamiento exhibido. Los niños pueden ubicarse en grupos, facilitando la interacción social entre pares. También se pueden ubicar formando un círculo, esto otorga gran concentración en la tarea que se esté realizando. Por último se pueden ubicar

los asientos de manera tal que formen hileras, favoreciendo la concentración de los niños pero impidiendo el trabajo grupal (Abramowitz & Hensen, 1991).

Según Rief (1999), otra manera de estructurar la clase es dándoles a los alumnos una agenda con un programa diario. Este debe incluir una lista detallada de las transiciones y las actividades del día. Esto permitirá a los alumnos predecir que es lo que ocurrirá después. Es importante que el niño no sea sorprendido, para ello hay que anticipar todo cambio en la rutina. Otra variable que puede ser manipulada por el docente es la enseñanza de lo que es aceptable dentro del aula y aquello que no lo es, para ello propone elaborar con los niños un reglamento que otorgará claridad al niño con TDAH acerca de qué es lo que se espera de él. Para Mendez (2010), en el segundo caso, se hace hincapié en la planificación de la tarea, es decir que las actividades propuestas deben tener en cuenta características específicas tales como el grado de novedad, estructuración y el aumento de la estimulación a través del uso del color, forma y textura. Es preferible que las tareas académicas posean una duración breve para mantener la atención del niño con TDAH.

Con respecto al feedback, el alumno que padece un TDAH puede necesitar que este sea intermitente mientras completa una actividad. A si mismo es importante que el docente utilice diversas técnicas para dar instrucciones, como variar el tono de voz para atraer la atención y encontrar la mirada del alumno para ayudarlo a no distraerse (Gardill & Du Paul, 1996).

Según Scandar (2003), las intervenciones antes mencionadas, trabajar en condiciones estructuradas, ya sea con respecto al contexto o a la tarea, ayudaría a disminuir el nivel de actividad, de esta forma se podría alegar que la estructura puede ser beneficiosa para los niños con TDAH.

## **5.2 Intervenciones conductuales orientadas a la manipulación de las consecuencias**

Dentro de estas intervenciones conductuales, se ubica la administración de contingencias. Este es un método de intervención ampliamente utilizado y divulgado en el trabajo con los niños que padecen un TDAH. Cuando el niño con TDAH despliega dentro del aula un comportamiento inadecuado o disruptivo, el docente aplica una consecuencia. Al aplicar una consecuencia lo que se intenta es lograr un cambio en la conducta del niño (Swenson, 1991).

Según Gardill & Du Paul (1996), en los chicos que padecen un TDAH el cambio en la conducta no puede ser conservado a menos que se apliquen poderosas contingencias. Los

procedimientos de manejo de contingencias incluyen el uso de sistemas de economía de fichas; contingencias grupales y otras intervenciones mediadas por pares; la atención contingente del maestro; costo de respuesta; contratos de contingencias y el tiempo aparte.

Los sistemas de refuerzos que utilizan “fichas” llevan a que aparezcan conductas de mayor concentración en la tarea y también, es frecuente un aumento en el rendimiento académico. Poseen gran poder para motivar a los niños y lograr excelentes resultados en el aula. El sistema de economía de fichas utiliza el refuerzo positivo. Dentro del aula el docente establece un listado de comportamientos que pueden ser premiados con una ficha, por ejemplo levantar la mano cuando el niño quiere hablar. Luego el alumno puede cambiar esas fichas por una serie de premios o privilegios, actividades u objetos (Monedero, 2010).

La siguiente estrategia involucra al alumno con TDAH y al resto de la clase, teniendo como objetivo que los niños manejen su propio comportamiento dentro de un grupo. Sucede que los pares a menudo prestan atención a un niño de manera selectiva reforzando el comportamiento de este niño. Cuando la atención de los pares es manipulada por el docente con propósitos de intervención, se pueden obtener cambios positivos en el comportamiento del niño.

El uso de intervenciones mediadas por los compañeros, pueden ofrecer muchas más ventajas que aquellas intervenciones mediadas por el maestro. Para empezar, los sistemas de refuerzo de pares son más eficientes ya que brindan un refuerzo inmediato y consistente, promueven la generalización y en consecuencia, también pueden resultar en una mejora del comportamiento de aquellos pares que actúan como mediadores en la intervención (Scandar, 2006).

Para Rief (1999), la atención contingente del maestro es la técnica comúnmente empleada dentro del aula. En general, los maestros otorgan a sus alumnos un feedback verbal que puede ser positivo o negativo. También utilizan un feedback no verbal como por ejemplo, asentir con un movimiento de la cabeza, fruncir el ceño o dar palmadas de aprobación. Este sistema de retroalimentación no verbal complementa el verbal pero presenta mayor grado de dificultad al investigar sus consecuencias.

La intervención denominada contratos de contingencias refiere a un acuerdo explícito entre dos partes: el alumno y el docente. El niño se compromete a realizar o no determinadas conductas y el maestro responderá con una recompensa condicionada a la misma. En general se

aplican de forma diaria y suelen ser escritos; los mismos no deben contener más de tres ítems (Gardill& Du Paul, 1996).

La siguiente técnica está basada en articular el funcionamiento del niño dentro de la escuela con el hogar, las mismas combinan los esfuerzos en ambos ambientes. Trabajar de manera conjunta con los padres ayuda a modificar las conductas dentro del aula. Este proceso se basa en aplicar en el hogar consecuencias predeterminadas que se apoyan en el reporte diario del maestro. Esto requiere que el maestro desarrolle una comunicación diaria y constante con los padres evitando alterar su estilo de enseñanza. Para el éxito de esta intervención es importante que las consecuencias sean aplicadas de forma consistente y que el maestro se comprometa a proveer a los padres los informes diarios. Estos indican si el niño ha podido cumplir con las metas programadas para la jornada escolar (Rief, 1999).

Por último, se describe la técnica del tiempo aparte que suele ser una herramienta útil cuando se trabaja con niños con TDAH. Muchas veces sucede que estos niños se excitan y pierden el control fácilmente. La estimulación del aula puede ser inmanejable para ellos. Cuando esto sucede el niño puede ser destinado a permanecer un tiempo fuera del grupo, el objetivo es ayudarlo a calmarse y a recuperar el autocontrol. El alejarse de los compañeros y del aula puede ayudar al niño a pensar en su conducta. Es tarea del docente orientar al alumno a una pausa que sea positiva y tranquila, tratando de explicar el por qué debe permanecer aparte y cómo puede hacer para reintegrarse a su actividad. También se puede utilizar una silla donde el niño se sentará a pensar sobre su comportamiento inadecuado. Otra opción es que el alumno decida cuando es suficiente el tiempo aparte transcurrido y pueda reincorporarse voluntariamente al grupo dispuesto a cumplir las reglas del aula (Scandar,2003).

Para Swenson (1991), el docente no debe abusar del tiempo aparte, debe estar seguro de que el niño comprende la razón por la cual se aplica.

Según Rief (1999), existen otro tipo de estrategias no incluidas formalmente en la administración de contingencias. Igualmente son dignas de considerar ya que se refieren a las consecuencias y principalmente a la relación maestro-alumno.

En relación al control de la proximidad, se obtendrán mejores resultados si el docente permanece próximo al alumno con problemas de atención y /o conducta. De esta manera el docente puede moverse alrededor del aula en vez de permanecer sentado en su escritorio. Para este momento, suele ser eficaz utilizar el contacto visual o físico. Estos niños deben estar sentados cerca del docente o de compañeros que puedan concentrarse.

La conexión personal se refiere al hecho de que para hablar con el niño acerca de su conducta es preferible apartarlo del resto de la clase. El docente se dirige al niño con calma y concretamente le explica aquello que está realizando y que no se adapta a las reglas del aula y, también le advierte acerca de las consecuencias de su conducta. Cuando existe un problema se debe conversar con el niño en forma privada, no es conveniente exponer frente a sus compañeros.

Según (Scandar 2006), otro punto importante es el de modelar la conducta apropiada, esto es altamente beneficioso, consiste en utilizar tutores de otra edad o compañeros que modelen para el niño tipos específicos de conducta con los que él tiene dificultades.

Las señales preventivas se utilizan para impedir que se desarrolle la conducta inapropiada. Esto implica poder realizar determinada acción para que la conducta no aparezca. Por ejemplo, el maestro y el alumno arreglan en modo privado y concuerdan en una señal predeterminada que significará que debe calmarse y prestar atención (Swenson, 1991).

### **5.3 Intervenciones cognitivo- conductuales**

Existen distintos tipos de intervenciones cognitivas. Aquellas que están orientadas a entrenar y modificar el proceso cognitivo que fomenta y sostiene el funcionamiento deficiente del niño, han mostrado ser más ventajosas que aquellas cuyo objetivo es proveer soluciones específicas a problemas determinados. Estas intervenciones que apuntan al proceso cognitivo contienen un componente de auto dirección por medio del cual los niños son instruidos a regular su propio comportamiento (Giusti, 2007).

Cia(1994), refiere que este modelo hace referencia a la percepción que los seres humanos reciben del entorno y a la forma en que procesan y almacenan esa información produciendo pensamientos y esquemas mentales. La información que ingresa al sistema es codificada y almacenada en función de esquemas previos que existen dentro del organismo. Los esquemas contienen creencias y conocimientos acerca del mundo y son activados cuando un sujeto experimenta una situación que es similar a una vivenciada anteriormente. De esta manera, frente a esa situación experimenta las mismas sensaciones o emociones que aparecieron en un primer momento y quedaron registradas en esos esquemas.

Para lograr un cambio en la conducta es necesario acceder a los esquemas que sustentan ese modelo de comportamiento y modificarlos para que el sujeto pueda desarrollar otras

conductas alternativas. Existen diversas técnicas que permiten acercarse a los esquemas mentales (Cía, 1994).

Según la teoría cognitiva de Beck, se denomina autocharla a los pensamientos automáticos, es decir los que surgen sin reflexión. Estos son los que guían la conducta y sentimientos de los individuos que en general son negativos y disfuncionales. A través del uso de las técnicas cognitivas se pueden modificar los pensamientos negativos. Giusti( 2005), refiere que la terapia cognitiva apunta a educar al individuo y a enseñar nuevas formas de conducta. Se propone hacer consciente esos pensamientos negativos y reemplazarlos por pensamientos nuevos de carácter positivo o funcional.

Según Cía( 1994), otro procedimiento estandarizado que utiliza la terapia cognitiva es la resolución de problemas. Este proceso resolutivo consta de los siguientes pasos: en primer lugar hay que definir cuáles son los problemas del paciente y qué significado tiene para él y en segundo lugar se debe elegir una estrategia y un plan para abordarlos. En tercer lugar se debe comprobar la efectividad de los métodos implementados y por último ayudar a que el paciente recupere su autoestima, la confianza en sí mismo y en sus propios recursos de autocuración.

Rief(1999), hace referencia a otra estrategia denominada auto-observación. Esta técnica se basa en el desarrollo de un Yo- observador. Este yo-observador puede favorecer el tomar distancia de la realidad subjetiva ubicándose desde una perspectiva más amplia. Dentro de la terapia un esfuerzo colaborativo entre el paciente y el terapeuta va diseñando estrategias de auto-observación. El preguntar los cómo, por qué y para qué contribuyen a este objetivo.

Para Scandar( 2003), la auto-instrucción es una técnica que implica enseñar al paciente a darse instrucciones a sí mismo, utilizando afirmaciones positivas. Esta técnica se basa en la idea de que las personas pueden modificar su comportamiento convenciéndose a si mismas mediante autosugestiones positivas. Esto se complementa con ejercicios de imaginación donde el paciente realiza visualizaciones acerca de cómo le gustaría verse.

Otro recurso indispensable y de mucho valor es la ayuda de Otros Significativos. Durante los distintos momentos del tratamiento es de gran ayuda la colaboración de familiares y amigos, estos cumplirán el rol de asistentes terapéuticos (Cía, 1994 ).

Cía (1994), refiere que el aprendizaje de roles o role playing es una estrategia que consiste en actuar ensayando situaciones problema haciendo intercambio de roles. Lo que se intenta es que el paciente pueda encontrar nuevas estrategias y formas de manejar la situación.

Las técnicas cognitivo-conductuales apuntan a recuperar la autoconfianza del paciente. Todas las técnicas tienen como objetivo mostrar al paciente que ellos pueden ser los autores del cambio. Al obtener experiencias personales exitosas mejora la autoestima y las atribuciones.

Originalmente la teoría conductista tradicional y radical negaba la existencia del fenómeno cognitivo y focalizaba únicamente en la conducta observable. En la actualidad, las intervenciones cognitivo-conductuales apuntan a instruir al niño con TDAH acerca de cómo convertirse en su propio agente de cambio y de esta manera poder manejar y controlar sus propias conductas (Landau & Moore, 1991).

Abramowitz y Hersen (1991), proponen clasificar las estrategias cognitivo-conductuales en dos categorías: aquellas que enseñan el automonitoreo y el autorefuero y aquellas que incorporan habilidades cognitivas tales como la autoinstrucción y la resolución de problemas. Las primeras apuntan a enseñar al niño a observar su propia conducta, mientras que el auto-refuerzo tiene que ver con que el niño se otorgue a si mismo recompensas o privilegios en base al resultado de su auto-monitoreo. El autorefuero y el automonitoreo incrementan el éxito de aquellas intervenciones comportamentales que apuntan al comportamiento social y académico de los niños con TDAH. De esta manera se obtienen mejores resultados que aquellos que utilizan únicamente el autorefuero y el automonitoreo externo aplicado por el docente.

Para Scandar (2006), la auto-instrucción es una parte fundamental en muchas de las intervenciones cognitivo-conductuales. En la auto-instrucción se focaliza en las habilidades metacognitivas y se trabaja sobre ellas. Al niño se le enseña a seguir una serie de pasos para aproximarse a la tarea. Estos pasos incluyen repetir instrucciones, describir la tarea verbalizando como se acercarán al objetivo y cuáles son las consecuencias de llevar a cabo ese acercamiento. Al concluir la tarea, el niño realizará una evaluación de si mismo en cuanto a la ejecución de ésta.

Las estrategias de resolución de problemas para niños que son hiperactivos o impulsivos contienen elementos tales como entrenamiento en auto-instrucción, contingencias comportamentales, modelado y roleplay. Estos son utilizados para que el niño adquiera la habilidad de identificar el problema, pensar distintas alternativas posibles, tomar en cuenta las consecuencias que pueden derivarse y pensar de acuerdo a los objetivos que se desean alcanzar (Landau & Moore, 1991).

## **5. Metodología.**

### **5.1 Tipo de estudio:**

Descriptivo de un caso único

### **5.2 Participantes:**

Se llevó a cabo el análisis de un caso de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en un niño de 6 años de edad. El niño asistía a un Colegio privado y religioso, donde cursó su primer grado.

Pablo vive con su familia en Barrio Norte, a dos cuadras del colegio. El niño convive con su papá Alejandro (48) quien trabaja como abogado en un Estudio Jurídico, su mamá Lorena (45), quien es docente de profesión , pero no estaba ejerciendo en aquel momento, y Florencia, su hermana mayor, quien estaba cursando sexto grado en el mismo colegio. La familia de Pablo pertenece a un nivel socioeconómico medio alto.

En esta oportunidad y por razones éticas, los nombres utilizados para realizar la descripción del caso, no son los originales, han sido modificados para respetar la identidad de las personas involucradas.

### **5.3 Instrumentos:**

Los instrumentos que se utilizaron fueron:

- Registros de las dos primeras entrevistas realizadas por el Servicio de orientación Profesional (SOP) al niño.
- Observación participante en las entrevistas realizadas a los padres del niño.
- Observación participante en las entrevistas llevadas a cabo por el SOP al niño.
- Informes de seguimiento del SOP realizado al alumno durante su escolaridad, que se encontraban formando parte de su legajo en los archivos del gabinete institucional.
- Informe del psicodiagnóstico del niño.

#### **5.4 Procedimiento:**

Para responder a los objetivos propuestos, la tesista, practicante de la carrera de psicología, realizó observaciones presenciales que suministraron datos del comportamiento del niño diagnosticado con TDAH, en relación a las intervenciones realizadas por los docentes en distintos ámbitos escolares (aula, recreos, horas especiales y comedor).

En el momento de las observaciones se registraron los sucesos significativos que fueron aconteciendo. Se observó al niño cuatro veces por semana, en uno de los cuatro ámbitos escolares antes mencionados. Se llevaron a cabo un total de 32 observaciones durante dos meses.

Otra forma de recabar información acerca de la conducta del niño, se llevó a cabo a través de la lectura que la tesista realizó de los dos informes psicológicos elaborados por el SOP y el informe psicodiagnóstico, realizado por los profesionales de la psicología que estaban atendiendo al niño en ese momento. Dicha información se encontraba adjunta en su legajo, formando parte del archivo del gabinete psicopedagógico.

Mediante las entrevistas a los padres y docentes se pudo describir la relación existente entre ellos y el vínculo con el Servicio de Orientación Psicológica de la institución.

Se intentó realizar con la mayor claridad posible, un seguimiento al niño que padece TDAH, teniendo en cuenta las intervenciones escolares utilizadas para su problemática, tomando como marco de referencia diversas perspectivas teóricas que fundamentaron lo analizado.

Se realizaron observaciones presenciales, en la modalidad participante, en diferentes ámbitos de la institución (aula, recreos, horas especiales, comedor).

Se llevó una carpeta de campo en el que se registraron los sucesos significativos que surgieron de las observaciones realizadas en los diferentes ámbitos escolares y también en sus momentos previos, para lo cual la autora del TFI llegaba en forma anticipada para prestar atención a las interacciones del niño con los docentes y su grupo de pares.

La modalidad del registro fue abierta, se anotaron todos los detalles de cada observación, las distintas percepciones que se tenía del niño y de las intervenciones que realizaban los docentes.

Para agilizar el registro, la tesista diagramó las hojas con el siguiente formato: en el costado derecho se colocaba la fecha de la observación, el nombre del niño, el ámbito en el que se realizara la observación y el nombre del docente a cargo. Se observaba al niño y registraba un signo positivo (+) si se lo percibía igual a la vez anterior o un signo negativo (-), si se lo veía distinto. Se completaban las hojas con el registro de los acontecimientos más relevantes en cada observación teniendo en cuenta intervenciones de los docentes, nivel de participación del niño en las distintas clases, interacción con los pares y docentes, etc.

Al finalizar la observación participante se realizaban las aclaraciones consideradas necesarias, o explicativas que por algún motivo no se habían podido realizar en el paso anterior. Asimismo se conversaba con los docentes y con el equipo de Orientación Psicológica de la Institución una vez finalizada la observación para despejar dudas y analizar las situaciones acontecidas.

Las hojas donde se realizaron los registros se archivaron en una carpeta dividida de acuerdo a cada uno de los ámbitos institucionales en el que se realizaron las observaciones. A la carpeta del niño, se agregó toda aquella información proveniente de fuentes secundarias considerada relevante para confrontar las observaciones, básicamente datos incluidos en su legajo, como si está en tratamiento psicológico y psiquiátrico, desde cuándo, quién lo derivó, qué medicación toma, datos sobre su historia de vida y acerca del informe psico-diagnóstico.

Posteriormente una vez finalizadas todas las observaciones se leyó y analizó todo el material, de acuerdo a los objetivos de interés previamente definidos.

## **6.Desarrollo:**

Se llevó a cabo el análisis de un caso de déficit de atención con hiperactividad en un niño de 6 años que cursaba su primer grado en el colegio privado, al cual asistía desde la sala de 5 años. Pablo estaba diagnosticado con TDAH desde hacía un año y medicado con una droga llamada metilfenidato (más conocida como ritalina) con un control mensual de la medicación. La droga no buscaba tranquilizar al niño, sino más bien, estimular un área cerebral con funcionamiento deficitario. Hace un año, los padres de Pablo fueron orientados desde el colegio para llevar a cabo una interconsulta externa con una psicóloga y realizar un psicodiagnóstico al niño. Actualmente, Pablo está recibiendo tratamiento psicológico y psiquiátrico.

La tesista realizó 16 observaciones al niño, dos por semana, durante la Práctica Profesional. Cada observación duró 35 minutos aproximadamente y no siempre se realizó en el mismo horario, ni en el mismo lugar. Se lo observó interactuando con Laura, la docente del grado en la mayoría de las veces; con otras docentes de clases especiales como música y educación física como así también durante los recreos y en el momento del almuerzo. La tesista pudo observar al niño durante el turno mañana y el turno tarde, debido a que permanecía la jornada completa en la Institución retirándose a las 16:20 hs.

### **6.1 Descripción de las características de un niño que padece trastorno por déficit de atención con hiperactividad.**

En las observaciones llevadas a cabo por la tesista se pudo percibir que Pablo es un niño que se movía permanentemente en la clase, se levantaba de su asiento para molestar a sus compañeros o para pedirles cosas, lo cual hacía que permanentemente Laura le esté llamando la atención.

El niño se distraía con facilidad, deambulaba constantemente de un lugar al otro y en ocasiones perturbaba el trabajo de sus pares.

En muchas oportunidades perdía u olvidaba sus materiales de trabajo, interrumpía permanente la clase, y no respetaba ni esperaba su turno para hablar. Se hacía difícil para la docente hacerlo esperar. Era bastante conversador aunque le costaba expresarse bien, en sus discursos muchas veces faltaban eslabones y ello podía llevar a la errónea interpretación de que escondía u ocultaba algo. Para Rief (1999), el decir cosas fuera de contexto, atribuye a que la cadena asociativa de la ideación lo lleva a otra representación. A menudo, Pablo parecía tener la mente en otro lugar, como si no escuchara o no oyera lo que se le estaba diciendo.

A sí mismo, no respetaba reglas, y casi siempre quería hacer las cosas a su manera. De esta forma se hacía difícil, tanto para la docente como para sus pares, estar en el aula armónicamente con él. Con respecto a la relación con sus compañeros, a comienzos del ciclo lectivo logró hacer amistad con facilidad, pero con los nuevos alumnos, es decir con los niños que habían ingresado por primera vez al colegio. Pero estas amistades las fue perdiendo con el paso del tiempo. Sus pares durante las observaciones que la tesista realizó, referían que él los molestaba permanentemente, les pegaba y no los dejaba trabajar. Se podía observar a simple vista que la convivencia con sus pares en los distintos contextos escolares se hacía muy

dificultosa. Para Joselevich (2003), el trabajar con los compañeros de los niños que tienen trastorno con déficit de atención con hiperactividad, es sumamente importante para que logren entender que la conducta de ese niño no es adrede.

En otra oportunidad, la tesista observó a Pablo durante el recreo y se pudo percibir que molestaba a su grupo de pares, les quitaba la pelota con la que siempre jugaban, no quería compartir juegos que él no hubiera elegido y ante la menor frustración los abandonaba. En muchas oportunidades prefirió alejarse del grupo o cambiar de juego y estar con niños de otro grado. Por todo esto, Pablo era rechazado por sus pares, ellos referían que era malo y que se comportaba mal. Las intervenciones realizadas por los docentes que estaban cuidando a los chicos durante los recreos, fueron únicamente para evitar accidentes. En el caso de Pablo, todos los docentes sabían que él necesitaba una mirada más atenta.

Pablo era un nene tímido, en algunas oportunidades, le costaba integrarse a las situaciones nuevas. Demandaba atención y cuidado permanente por parte de las autoridades del colegio. El nene era impulsivo, efectuaba actos inadecuados que reflexionaba junto con los adultos en el SOP.

Pablo tenía problemas de autoestima y muchos problemas de aprendizaje. Debido a ello asistía a clases de apoyo por la tarde, después del horario escolar. Ésto le servía para ayudarlo con las tareas. De esta manera, se reforzaban los contenidos que más le costaban y se realizaba un seguimiento más exhaustivo del proceso de aprendizaje. Mostraba poco interés en escribir y era bastante desprolijo y desorganizado en su cuaderno, el cual tenía borrones, manchas y hasta páginas rotas. El área de matemática le resultaba más interesante que el área de lengua, aunque el rendimiento en las actividades que realizaba era bajo. Se podía observar que no encontraba placer por aprender.

A veces el niño refería no querer ir al colegio, porque se sentía mal, decía que le dolía el estómago. En ciertos momentos, se lo observaba un poco triste y enojado. Se frustraba con facilidad, lloraba, gritaba y pataleaba con gran energía y frecuencia. Según Scandar (2006), el bajo perfil motivacional del niño unido a su baja tolerancia a la frustración, produce niveles de ejercitación inapropiados.

En estos momentos de descontrol, el niño era llevado al SOP para conversar con él, acerca de lo que había realizado. La docente refería no sabía qué más hacer en esas situaciones de desborde.

## **6.2 Análisis de las intervenciones escolares que se utilizan para satisfacer las necesidades que el TDAH impone, para que estos niños puedan alcanzar el desarrollo de todo su potencial cognitivo, afectivo y social.**

Dentro del marco de las intervenciones escolares que realizó Laura, la docente del grado para satisfacer las necesidades de Pablo en el ámbito escolar, se pueden mencionar las intervenciones conductuales orientadas al manejo de los antecedentes de acuerdo al contexto del aprendizaje y a la tarea. Es de destacar que Laura estaba asesorada, contenida y acompañada por todo el equipo de consulta, ellos eran quiénes la guiaban en su práctica diaria con Pablo.

Se pudo observar que el niño necesitaba un ambiente estructurado, ya que la estructura le otorga un sentimiento de seguridad dentro de los parámetros del aula. La organización del ambiente físico es una variable a considerar cuidadosamente al igual que la relación con la maestra, debido a que su cercanía ayuda a promover y mantener la atención del niño, como así también facilitar el proceso de transición entre una actividad y la siguiente (Gardill & Du Paul, 1996). En relación a ello es que la docente decide colocar el escritorio del alumno cerca del suyo para recordarle permanentemente cuál es el comportamiento deseado dentro del aula y ofrecerle mayor contención. Los asientos de los alumnos se encontraban ubicados en el aula formando hileras, este tipo de formación aumentaba la concentración de los alumnos y en consecuencia la productividad pero como refiere Abramowitz & O' Leary (1991) esa disposición de asientos impide un buen desempeño si la tarea asignada requiere un trabajo grupal.

Al comenzar el año lectivo, la docente elaboró con sus alumnos un reglamento acerca de lo que se podía hacer o no dentro del aula, otra variable que le ayudaba a Pablo a estructurar un poco más el espacio físico. Ella dedicaba cierta cantidad de tiempo a revisar con el nene el reglamento y trataba muchas veces con esa herramienta que pueda tener claridad acerca de qué es lo que se esperaba de él en la clase, por ejemplo que no corriera.

El niño en el aula estaba contenido tanto por la docente como por su grupo de pares que conocían muy bien sus dificultades. No sucedía lo mismo durante las situaciones de transición, es decir cuando se debía trasladar de un aula a otra para tener una materia especial, en el recreo, en el horario del almuerzo, en estos intervalos que tiende a desconcentrarse, son situaciones que resultaban muy difíciles de manejar para la docente porque Pablo se descontrolaba y comenzaba

a tener una conducta negativista desafiante. Según el DSM IV TR, el niño con trastorno negativista desafiante se enfada fácilmente y hace enfadar a los adultos con los que convive. Es frecuente que en esta situación relacional se genere un círculo vicioso que provoca un gran sufrimiento a todos los implicados en él y que puede tener consecuencias muy negativas tanto en la esfera familiar como en la académica y social.

En relación a los antecedentes de la tarea del aprendizaje, otra variable que antecedió al desarrollo de la jornada escolar fue la planificación de la tarea, esto se refiere a las actividades que presentaba la docente a lo largo del día. La docente intervino diseñando las características específicas que tuvieron las actividades durante la jornada escolar, realizando un registro en una cartulina, la cual quedó expuesta en una de las carteleras del grado.

La docente, en muchas oportunidades, sugirió tareas diferenciadas para Pablo en relación al resto del grupo, debido a que él necesitaba no sólo que se le respeten sus tiempos sino mayor grado de estructuración. Como sugiere Rief (1999), la estructuración, el grado de novedad y el aumento de la estimulación a través del uso del color, forma y textura en las actividades propuestas; facilitan un incremento en la atención, interés y motivación. Casi siempre, cuando la docente presentaba una actividad a Pablo, lo realizaba de manera verbal y con indicaciones breves y concisas.

Otra de las intervenciones conductuales realizadas por la docente, estuvieron orientadas a la manipulación de consecuencias. Ella utilizaba el refuerzo positivo premiando al niño si el comportamiento que llevaba a cabo era el esperable dentro del ámbito escolar. Por ejemplo si lograba esperar su turno para hablar, o levantaba la mano para hacer algún comentario, lo felicitaba verbalmente o le ponía un lindo sticker en su cuaderno de clases. Es la docente mediante el incentivo de los comportamientos esperados del niño e ignorando aquellas conductas inapropiadas, que puede obtener cambios positivos en el desempeño del niño reduciendo exitosamente el comportamiento disruptivo en el aula ( Rief, 1999).

Según Gardill & Du Paul (1996), los sistemas de refuerzos que utilizan fichas u otorgan algún tipo de premio, aumenta el rendimiento académico de los chicos con TDAH. El uso de intervenciones mediadas por los pares no se llevaron a la práctica en dicha institución, como tampoco se han realizado los contratos de contingencias.

En esta institución se trabajaba también con las intervenciones orientadas a las contingencias basadas en la relación escuela-hogar. Según Rief (1999) uno de los puntos más importantes para que se puedan obtener buenos resultados al trabajar con chicos que presentan el trastorno con déficit de atención con hiperactividad, es el trabajo en conjunto con los padres para modificar la conducta de los niños dentro y fuera del contexto escolar.

Es en este sentido, que la docente trabajaba permanentemente fortaleciendo el vínculo con el niño, manteniendo contacto físico y visual. El niño necesitaba que la docente esté cerca, que lo contenga. Ella conversaba con él, se dirigía con tranquilidad y le explicaba, cuando su comportamiento no era el adecuado, refiriendo que lo que estaba realizando no se adaptaba a las reglas del aula, hacía hincapié en lo que no se debía hacer. Esta modalidad se trabajaba en las entrevistas realizadas con los padres, para poder aunar criterios y trabajar en conjunto.

Otra de las estrategias utilizadas con Pablo fue el “tiempo aparte” o “time out”. Se podía observar que al proponer al niño permanecer un tiempo fuera del grupo, o muchas veces fuera del aula, no siempre lo ayuda a reflexionar acerca de su comportamiento. Muchas veces resultó difícil para la docente lograr que el niño pueda controlarse, entendiendo la razón por la cual se le sugiere distanciarse por un tiempo de sus compañeros. En ese momento, Pablo se enfadaba y comenzaba a gritar y a dar patadas a la docente, estando totalmente fuera de control.

Las intervenciones cognitivo-conductuales no fueron las más utilizadas como estrategias para tatar el caso de Pablo en este establecimiento educativo, sino que se hizo mayor hincapié en las intervenciones conductuales. Según Cía(1994), el objetivo de las intervenciones cognitivo-conductuales es que el niño se convierta en su propio agente de cambio y de esta forma poder controlar su conducta. Las técnicas cognitivo-conductuales apuntan a recuperar la autoconfianza del niño.

De esta manera, se llevaron a cabo intervenciones de auto- monitoreo y de auto-refuerzo. La auto-evaluación que realizó Pablo y la evaluación simultánea por parte de Laura, parecían tener un potencial importante en el control del comportamiento perturbador del niño.

Los integrantes del Servicio de Orientación Psicológica plantearon que las técnicas de auto-monitoreo podían ser utilizadas en el aula para alentar las respuestas sociales adecuadas o desalentar el comportamiento inadecuado. Por ejemplo el niño podía anotar en un papel si estaba prestando atención a su maestra cuando sonaba la campana del colegio, o también la

docente podía dibujar en el cuaderno de Pablo, una carita feliz después de 10 min. de que el niño lograra prestar atención. De esta forma, se intentó cambiar las estrategias de auto-monitoreo y de auto-refuerzo.

Como sugiere Cía (1994) los “Otros Significativos” también son de gran importancia para el tratamiento, cumpliendo en varias oportunidades un rol de asistentes terapéuticos. En relación a los “Otros Significativos”, se pidió colaboración a los padres para acompañar a Pablo en su tratamiento y de esta forma lograr mejoraría durante su jornada escolar. Los papá del niño fueron entrenados por el Servicio de Orientación Psicológica (SOP) para intentar modelar, promover y reforzar las habilidades que se querían obtener de él.

El SOP propuso trabajar con Laura utilizando la técnica de la auto-instrucción, es decir enseñarle al niño determinados pasos a seguir para aproximarse a la tarea. Fue motivador para el niño proponerse ciertas metas y evaluar el progreso hacia las mismas. Laura junto a Pablo decidían cuáles eran esas metas. Ellos llevaban una tabla acerca de los progresos diarios hacia las metas para poder modificar las mismas cuando fuera necesario. Esta técnica resultó muy enriquecedora para el niño debido a que disfrutaba de llevarla a cabo junto a su maestra.

Se conoce que los niños con TDAH presentan numerosas necesidades producto de la compleja sintomatología del cuadro. Se plantean tres áreas de funcionamiento: cognitiva, afectiva y social. De acuerdo con Giusti (2005), el tratamiento cognitivo-conductual es beneficioso para los chicos con TDAH, pero dado la alta heterogeneidad de los síntomas que presentan los niños y la repercusión que el trastorno ocasiona en el entorno social, familiar y personal del niño, es necesario trabajar desde una perspectiva multimodal, en el que el tratamiento cognitivo-conductual no sea la única alternativa. En muchos casos, la administración de fármacos, los métodos conductuales, el trabajo con padres y las tutorías académicas continúan siendo necesarias para lograr buenos resultados en el tratamiento.

### **6.3 Descripción y análisis del rol del docente como implementador de las intervenciones, su relación con los padres y con el Servicio de Orientación Psicológica.**

A partir del registro de las observaciones realizadas a Pablo dentro del ámbito escolar, la tesisista pudo afirmar que Laura, la maestra de grado, adquirió un rol activo frente a la problemática planteada. El contacto diario y directo con el niño la convirtió en un eje esencial

para promover el cambio. En el colegio, el Servicio de Orientación Psicológica (SOP) lo conformaban: una psicopedagoga, dos psicólogos y la directora de la Institución. Ellos realizaban su actividad laboral durante el turno mañana, pero por la tarde no funcionaba el SOP. Los profesionales realizaban un trabajo en grupo que resultaba sumamente beneficioso para el tratamiento de los niños con ciertas dificultades, tanto en la conducta como en el aprendizaje. El lugar donde funcionaba el SOP y se realizaban las supervisiones, los encuentros con docentes, directivos y las entrevistas a padres y alumnos, era una sala en planta baja luminosa con vista a la calle, ubicada al lado de la sala de catequesis. En ella había una mesa en el centro rodeada por sillas que permitía que los niños, padres, docentes y profesionales se ubicaran a su alrededor para interactuar mejor. Había un placard grande donde se guardaban distintos materiales y trabajos realizados por los niños. También había un fichero con los informes psicológicos y psicopedagógicos de los alumnos, además de una computadora como recurso adicional que otorgaba más datos acerca de la problemática de cada niño.

Laura, la docente del grado, participó una vez por semana de los encuentros con el equipo de consulta del SOP para trabajar con el caso de Pablo. Según Rief (1999), el equipo de consulta es fundamental para el abordaje del trastorno con déficit de atención con hiperactividad, ya que se trata de llevar a cabo un trabajo multidisciplinario estableciendo un plan de acción.

Los integrantes del mismo se reunieron periódicamente para planear las intervenciones y estrategias que se llevaron a cabo para solucionar los problemas que surgían con Pablo, dentro del ámbito educativo y de esta forma poder acompañar la práctica docente y el desarrollo profesional hacia una mejora continua.

Luego de presenciar ocho reuniones con Laura y el equipo de consulta, se pudo observar que se le daba únicamente a la docente de grado, las herramientas para afrontar la problemática del niño en cuestión, obviando a los profesores especiales programáticos o extraprogramáticos, quienes también estaban a cargo de Pablo necesitando cierta orientación para colaborar con su tratamiento. Para Barkley (1998) es de suma importancia que los docentes y los terapeutas tengan empatía con el niño para que pueda alcanzar el desarrollo de todo su potencial cognitivo, afectivo y social, siempre trabajando conjuntamente con la familia. La docente de grado actuó como modelo, guiando la enseñanza con pocas instrucciones y con una retroalimentación clara.

Ella a su vez registraba las observaciones y preocupaciones acerca del comportamiento del niño. Esta documentación fue sumamente útil ya que proporcionaba datos con respecto a las necesidades del alumno, las cuales podían pasar desapercibidas para el resto de los docentes, padres y terapeutas. Fue sumamente valioso que Laura utilizara estrategias de enseñanza creativas, interactivas e interesantes. Esto ayudaba a obtener la atención y participación de Pablo en clase y favorecía la interacción con sus compañeros cuando tenía que trabajar en grupo.

La docente presentaba flexibilidad en la planificación de las actividades que proponía. Los contenidos académicos que Pablo tenía que alcanzar, estaban adecuados a sus necesidades. Laura realizaba excepciones, proporcionando tareas más sencillas y adaptables a las características Pablo. Su rol era muy enriquecedor dentro del aula. La docente también era flexible y considerada en cuanto a las tareas que el niño tenía que realizar en el hogar, no le exigía lo mismo a Pablo que al resto de sus compañeros. La cantidad de tarea siempre era mucho menor. Permanentemente la docente trataba de priorizar y modificar su accionar, pero cuando los planes de acción e intervención fracasaban, ella intentaba repensar sus estrategias con el equipo de consulta de la Institución.

La docente ayudaba constantemente al niño a organizarse debido a que él presentaba grandes dificultades para estudiar. La intervención de la docente fue de gran ayuda para Pablo, ya que al valorar las diferencias entre los alumnos, permitía que pudieran promover sus talentos y capacidades, disminuyendo o evitando en muchas oportunidades actos discriminatorios. Según Joselevich (2003), la falta de atención y concentración, los problemas con la memoria y la dificultad para realizar las tareas sugeridas por la docente, se ponen de manifiesto durante la situación de enseñanza-aprendizaje, es por ello que es muy importante el rol que cumpla el docente.

Se puede observar a simple vista que la autoestima de este niño es frágil. Pablo en varias oportunidades durante las observaciones refería que nada le salía bien y que era un burro, que su cuaderno era un desastre porque estaba lleno de manchones y borrones. Laura permanentemente intentaba preservar la autoestima de Pablo ya que conocía que era un requisito fundamental para el éxito de su tratamiento.

Otra característica para destacar en la docente, fue el grado de tolerancia que demostraba tener con Pablo frente al resto de los alumnos, pese a que éste ponía a prueba habitualmente la paciencia de su maestra, mostrando que su desempeño era en la mayor parte de los casos, errático. La actitud de la docente y los sentimientos que transmitió, favorecieron la integración y una mejor aceptación del niño dentro de su grupo de pares. En relación a esto, una sola vez pude escuchar un comentario inadecuado por parte de la docente hacia Pablo. Durante una de mis observaciones en el grado, Laura, fastidiada del movimiento perturbador de Pablo le gritó: “¡Pablo! ¡Hoy tus papás no te deben haber dado la medicación o estás mal medicado, si seguís así te voy a mandar a dirección!”. Al darse cuenta que yo estaba en el aula observando la situación, se acercó y me contó que no se sentía bien, que estaba desbordada y que lo iba a hablar con el equipo de consulta del SOP. Para Scandar (2006), al actuar de esa manera lo único que se consigue es aumentar las posibilidades de fracaso del niño. Al día siguiente, la docente comentó en el gabinete lo que le había dicho a Pablo y los profesionales le sugirieron salir del aula cuando se sienta en ese estado, alejándose un poco de la situación debido a que ese tipo de comentario no ayudaba al niño. Laura refirió que nunca antes le había sucedido pero que lo iba a tener en cuenta a futuro.

#### **6.4 Relación entre la conducta del niño con TDAH, su rendimiento escolar y la experiencia dentro de su sistema familiar**

Según contó José, uno de los psicólogos del equipo de consulta a la tesista, Pablo asistió al SOP acompañado por Laura, su maestra de grado, durante la primera semana de clases debido a su constante desatención e impulsividad. José comentó que el niño podía llegar al SOP por su propia voluntad, es decir cuando podía darse cuenta que necesitaba dialogar con otra persona que no fuera su maestra, permitiéndole alejarse de la situación. Pablo, también podía ingresar al SOP en contra de su voluntad, es decir cuando lo llevaban los docentes o directivos. En cualquiera de los dos casos se determinaba cuál era la red de contención con que contaba el niño en ese momento para trabajar con él.

Pablo concurría casi todos los días al SOP en diferentes horarios. En la mayoría de las oportunidades el niño era llevado al SOP por distintas docentes de las áreas de plástica, música, inglés, educación física, y otras, quienes referían estar completamente desbordadas por la situación. Muchas veces ellas comentaban no saber qué hacer con Pablo porque molestaba,

corría y pegaba en las clases. Las docentes especiales, por asistir una o dos veces por semana a la Institución, no estaban tan orientadas por el equipo de consulta del SOP, como lo estaba Laura, la maestra titular del grado. Ella constantemente estaba acompañada y contenida por los integrantes del SOP. Los profesionales aportaban a la maestra diversas estrategias y técnicas para manejar la conducta de este niño, ella las ponía en práctica y registraba los resultados. Según Rief (1999), es tarea del equipo de consulta promover la educación a los docentes, perfeccionando a diario su tarea y enriqueciéndola brindándole información sobre los recursos e instrumentos disponibles para manejar la situación dentro del ámbito educativo.

Posteriormente, al registro de los resultados, Laura los comunicaba al equipo de consulta y de acuerdo al éxito o fracaso de las intervenciones aplicadas, se evaluaba qué medidas modificar porque no generaban cambio y cuáles se debían continuar utilizando.

Los integrantes del equipo de consulta debían estar informados acerca de las estrategias y técnicas implementadas dentro del aula, además de conocer el clima emocional en el que estaban inmersos, para que de esta manera ellos pudieran apreciar y alentar a los docentes para que experimenten nuevos enfoques que enriquezcan el trabajo con el niño.

Laura, la maestra de grado, fue la encargada de proveer información a los padres mediante entrevistas periódicas, acerca de lo que acontecía dentro del ámbito educativo con Pablo. En relación al registro de la primera entrevista entre el equipo de consulta, Laura y los padres de Pablo, la tesista pudo puntualizar una serie de comportamientos de Pablo que despertaban la preocupación en todos los presentes. Laura comenzó diciendo: “Pablo tiene importantes dificultades para involucrarse en actividades en las que debe permanecer sentado, comienza a realizar actividades y las abandona ante la menor dificultad”. “Continuamente busca excusas para no estar sentado, ir al baño, decir que no encuentra su lápiz negro, deambula de un lado al otro y aún sin querer hacerlo perturba el trabajo de sus compañeros y en muchas oportunidades trata de alejar a los chicos de sus tareas para poder jugar con ellos”. Luego la directora agregó: “Es muy difícil evitar que Pablo corra en el patio, con frecuencia atropella a sus compañeros. Parece haber encontrado todas las maneras inapropiadas de utilizar el tobogán y cuando quiere algo es prácticamente imposible hacerlo esperar. Por otro lado, en los desplazamientos de un lugar al otro del colegio, siempre hay que tener mucho cuidado que no se pierda e inicie alguna exploración por algún sector de la institución”. José, el psicólogo del

SOP, comentó a los padres que una de las preocupaciones centrales acerca del comportamiento de Pablo era su seguridad porque no medía los riesgos y podía terminar lastimado o lastimando a algunos de sus compañeros. La conversación continuó un trecho más en esos términos, los padres aceptaron que ese comportamiento de Pablo era similar al exhibido en su hogar y agregaron que tenía problemas de interacción con ellos y con su hermana mayor. Amablemente, José sugirió a los padres que le contaran estas situaciones que estaban ocurriendo en el colegio, a la psiquiatra de Pablo para que pueda trabajar más en relación a dichos aspectos. Luego les propuso volver a reunirse en 20 días para contarles cómo continuaba Pablo. José también les solicitó el teléfono de la psiquiatra que atendía al nene para poder comunicarse con ella y otorgarle la información necesaria acerca del comportamiento del niño en el colegio. Por último acordaron que Pablo necesitaba un mayor acompañamiento académico extra escolar ya que estaba demasiado desnivelado, no estaba pudiendo alcanzar los objetivos mínimos repensados para él. La idea del SOP era poder trabajar en conjunto para organizar un tratamiento integral para Pablo. En relación a esto, Gratch(2001), refiere que los chicos con TDAH pueden llegar a ser marcadamente impulsivos, es decir personas que efectúan actos que sólo después los reflexionan. Ellos no logran verbalizar los problemas, los actúan. Además es común que sean activos y necesiten moverse imperiosamente.

Se pudo observar en cada encuentro, la comunicación abierta constante y fluida que existía entre todos los integrantes del SOP, elemento fundamental para el éxito del tratamiento en la escuela. Dentro del establecimiento educativo, Laura fue quien mantuvo una relación estrecha con los progenitores comunicándoles los logros, las dificultades y las necesidades del niño. Para ello, los padres recibían a diario un informe del desempeño de Pablo a lo largo de la jornada escolar. La colaboración de los padres resultó esencial para el éxito de las intervenciones que se llevan a cabo con el niño. Para Champion (1994), resulta importante poder integrar a los miembros de la familia dentro de la terapia del niño que padece déficit de atención con hiperactividad, debido a que ella tiene un rol importantísimo en la génesis y desarrollo de dicho síndrome.

La docente ayudaba a la familia a aprender a tratar con el niño, proporcionando información acerca de otras familias que luchaban con los mismos problemas. Según Scandar (2006), resulta sumamente conveniente educar e informar a los padres ya que el saber lo que le

pasa al niño en la escuela y conocer que existen otras personas que sufren lo mismo, es una herramienta que ayuda a disminuir la ansiedad, el agotamiento y el estrés que experimentan los padres.

Por otro lado, fue de gran ayuda para los padres conocer cuáles eran las actividades que estaba realizando la maestra en el aula para poder experimentarlas en su propia casa. El permitir a los padres ingresar al grado en determinados momentos, como por ejemplo para participar de una clase abierta y de esta forma poder observar a la docente trabajar, ayudó a comprender el rol que ella cumplía con el niño dentro del grado. Es por ello, que según Scandar(2006), resulta sumamente enriquecedor para colaborar con el tratamiento del niño, lograr que exista empatía entre padres y docentes.

## **7. Conclusiones:**

En el presente trabajo se ha descripto y analizado un caso de un niño de seis años que padece trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Se ha realizado en el marco de la práctica profesional V que se llevó a cabo en una Institución educativa privada, a la cual el niño asiste desde los cinco años.

Para poder dar cuenta del abordaje, se leyeron los registros de las observaciones realizadas y se efectuó un análisis exhaustivo de cada una de ellos, además se tuvo en cuenta el informe psicodiagnóstico y la documentación adjunta en el legajo del niño. Se participó de entrevistas a padres y docentes dentro del ámbito del Servicio de Orientación Psicológica (SOP).

Pablo vive con sus padres y su hermana mayor en el Barrio Norte. Actualmente está cursando su primer grado en un colegio privado, al cual asiste desde la sala de 5 años. Pablo se encuentra medicado con metilfenidato desde que comenzó a tener dificultades en su aprendizaje y en la relación con sus pares y docentes debido a su desatención, impulsividad e hiperactividad.

Los objetivos específicos planteados al comienzo de la tesis, se basaron por un lado en describir las características y necesidades de un niño que padecen TDAH y por otro lado en analizar las intervenciones escolares que se utilizan para satisfacer sus necesidades y la relación entre la conducta de estos niños, su rendimiento escolar y la experiencia dentro de su sistema familiar.

Con respecto al primer objetivo se propuso describir las características de un niño que padece trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Se respondió al objetivo realizando observaciones cuatro veces por semana al niño en los diferentes ámbitos escolares, llevando un registro de su conducta para poder conocer y profundizar acerca de la relación con sus pares y docentes y de esta manera recabar mayor información sobre su comportamiento. Es de gran importancia el trabajar con los compañeros del niño con TDAH, para que logren entender que la conducta de ese niño no es adrede (Joselevich, 2003). También se realizaron entrevistas al niño en el SOP y de esas intervenciones realizadas se pudo conocer que Pablo se comportaba de manera impulsiva y agresiva en la medida en que algo no le salía como él quería, a veces

refería estar cansado y querer irse a su casa o al recreo, o muchas veces no encontraba una explicación a su enojo.

Históricamente ha habido descripciones de niños extremadamente inquietos, traviosos, desatentos e impulsivos. Todavía no se conoce cuál es el origen de la enfermedad, lo que sí se puede confirmar es que la mayor parte de los niños que padecen este trastorno tienen antecedentes familiares. Pocos trastornos de la conducta han generado tanto interés y controversia, en cuanto a su presunta etiología y elementos constitutivos, como este síndrome (Scandar, 2006). Se ha llegado a la exageración de considerar a todos los trastornos de la atención o de fallas en el control de impulsos como TDAH, sin embargo, el diagnóstico del TDAH es específico. El análisis del caso de Pablo resultó muy interesante debido a que hoy en día el trastorno ha adquirido una intensa popularidad por lo que se puede incurrir en el error del sobrediagnóstico.

En el segundo objetivo se propuso analizar las intervenciones escolares que se utilizan para satisfacer las necesidades que el TDAH impone, para que estos niños pueden alcanzar el desarrollo de todo su potencial cognitivo, afectivo y social. Para poder responder al objetivo, se realizaron entrevistas a los docentes en el SOP, donde se pudo llevar a cabo una observación participante. Además las entrevistas se complementaron con las observaciones que se realizaban en clase todas las semanas. Se pudo arribar a la idea de que resulta fundamental que todas las estrategias tanto conductuales como cognitivas-conductuales, sean consideradas complementarias y no excluyentes. Que se obtienen mejores resultados si se trabaja con un tratamiento farmacológico pero acompañado con una terapia que trabaje desde la modificación de conducta, mediante el entrenamiento en autoinstrucciones, resolución de problemas, junto con otras técnicas como la autoobservación, el autorefuero, el autocontrol para lograr mejorar tanto la atención como el rendimiento académico del niño, como así también alcanzar una disminución en la actividad motriz y una mejora en la conducta social, mediante el entrenamiento de las habilidades sociales.

Con respecto al tercer objetivo se centró en describir y analizar el rol del docente como implementador de las intervenciones, su relación con los padres y con el SOP. Para dar respuesta al objetivo se entrevistó a las docentes en varias oportunidades y a los padres del niño dos veces, es decir un vez por mes, en el SOP de la Institución. Se pudo conocer desde las

intervenciones que realizaron las docentes, que en el contexto escolar se hace más difícil el trabajo con aquellos niños que padecen TDAH y que carecen de límites impuestos en el hogar. La implementación de los límites es mucho más fácil y productiva si el vínculo niño-docente es bueno. Esto implica que el niño respete a su maestro, crea y confíe en él. Al mismo tiempo, es indispensable que el docente ponga todo su empeño en lograr el éxito y que sinceramente logre interactuar de manera empática con el niño. Sin este vínculo todas las estrategias de nada sirven y es muy probable que los cambios sean débiles. Es en la escuela, el ámbito donde se pueden percibir a simple vista los síntomas de desatención, hiperactividad e impulsividad del niño (Orjales Villar, 2002). Con respecto al Servicio de Orientación Psicológica (SOP), se pudo observar que los miembros del gabinete proponen una comunicación abierta y espontánea en la Institución, favoreciendo de esta forma la contención hacia los niños, padres y docentes. Es altamente ventajoso que los integrantes del equipo de consulta respalden a los docentes respondiendo a sus pedidos y necesidades de acuerdo a las posibilidades de la Institución Educativa. El trabajo en conjunto y la colaboración entre los profesionales, padres, maestros y directivos, puede satisfacer de forma eficaz las necesidades de estos chicos. Se conoció que el SOP tiene una relación fluida con la psicóloga del niño, y además la docente semanalmente le informa acerca de los cambios que se van produciendo en la conducta del alumno mediante un cuaderno de comunicaciones exclusivo de ellas. El equipo de consulta es fundamental para el abordaje del trastorno con Déficit de Atención con Hiperactividad, ya que se trata de llevar a cabo un trabajo multidisciplinario estableciendo un plan de acción (Rief 1999).

Al llegar al cuarto objetivo, se relacionó la conducta del niño con TDAH, su rendimiento escolar y la experiencia dentro de su sistema familiar. Para responder al último objetivo, se trabajó de manera conjunta con los padres del niño en las entrevistas pactadas. Se pudo observar en cada encuentro cómo se los entrenaba en el manejo de las conductas de su hijo, dándoles herramientas para mejorar la convivencia con él. Los profesionales del SOP referían que lo más difícil no era la puesta de límites sino el poder sostenerlos a lo largo del tiempo y con una base de contención y afecto. Se hacía hincapié en que el tratamiento farmacológico tenía que ir acompañado por una terapia ya que la combinación de distintos tratamientos parece ser la opción más eficaz en estos niños, lo que contribuye a favorecer su rendimiento escolar y sus relaciones interpersonales.

Luego de dar respuesta a los objetivos y de analizar el trabajo realizado, se puede arribar a las siguientes ideas; hubiera sido conveniente que en algunas oportunidades, se le hayan brindado a los docentes, más las herramientas para saber cómo actuar con niños con esta problemática, y de esta forma evitar que se encuentren desbordados por alguna situación provocada por ellos. El error está en querer resolver el problema desde un campo individual consiguiendo de esta manera que los niños obtengan beneficios parciales. No se debe olvidar que en la génesis y desarrollo del trastorno participan causas neuroquímicas y psicodinámicas y que el tratamiento requiere la imprescindible participación de diferentes profesionales, tanto médicos, como psicólogos, psicopedagogos y maestros. Es la escuela la que tiene la responsabilidad de actuar desde una perspectiva multimodal y de otorgar a cada uno de los niños, el ambiente y las herramientas necesarias e inculcarle las habilidades y la confianza que le permitan aprender y sentirse bien consigo mismo. Debido a que las variables ambientales influyen significativamente en el comportamiento mostrado por el niño, es necesario considerarlas con flexibilidad. O sea la escuela debe poseer la capacidad de adaptarse al niño y no pretender que éste se amolde a ella. Comúnmente, la enseñanza actual está diseñada de manera tal que no admite la variedad. Muchas veces los docentes consideran a los chicos con TDAH como un problema pero la realidad es que el problema es el desconocimiento y la incomprensión hacia el trastorno. El desconcierto que produce un niño con exceso de energía, que se aburre con lo que tienen los demás, que no se queda quieto, que demanda con impaciencia, que es temerario, impulsivo, que sufre accidentes porque es osado, etc, hace que los padres y docentes los consideren problemáticos, cuando en realidad poseen características diferentes que pueden ser valiosas como aquellas esperadas por la escuela. Es necesario comprender que estos chicos manejan otros tiempos, como bien sostienen los docentes, aunque la mayoría de ellos no dejan de trabajar con los métodos de enseñanzas tradicionales o masivos los cuales no ayudan a favorecer el desarrollo intelectual ni social de estos chicos. Las intervenciones que se observaron por parte de los profesionales y de los docentes, pertenecen a la teoría conductista, poco se ha trabajado o investigado acerca de las estrategias cognitivas-conductuales.

En relación al aporte personal, en este trabajo se intentó proveer una revisión bibliográfica acerca de las diferentes estrategias que se utilizan actualmente en el tratamiento del TDAH dentro del ámbito escolar. Se propuso exponer una aproximación teórica-práctica a la

problemática del (TDAH), con relación a la evolución histórica del trastorno, la definición y la descripción de los síntomas principales y de los trastornos asociados, los aspectos biológicos y los tratamientos más importantes en el TDAH. Desde mi punto de vista, el docente ante la observación de estos casos, debe limitarse a informar sobre los problemas del niño al SOP como para tener cierta presunción diagnóstica y luego se comenta a los padres el problema que se observa, proponiendo a los papás descartar en primera instancia cualquier posible causa orgánica para comprender los síntomas. Es probable que entre el momento de asesoramiento del SOP y el inicio efectivo del tratamiento transcurra mucho tiempo, es por ello que el docente debe tener las herramientas necesarias para saber cómo ayudar al niño en su aprendizaje.

Respecto a la limitación del trabajo, se hace referencia a un concepto que no se ha profundizado en el desarrollo del trabajo y es la importancia que tienen tanto la detección como el tratamiento temprano de los niños con TDAH. Los primeros síntomas del TDAH son observados por los padres alrededor de los 3-4 años de edad, por lo que la prevención de este trastorno implica en primer lugar, un diagnóstico precoz y en segundo lugar la aplicación en los casos en que sea necesario de una intervención a través de los padres y /o docentes que actúen como principales agentes educativos encargados de fomentar y optimizar la autorregulación del niño. Por lo tanto, es de suma importancia el lugar de privilegio que ocupa la familia y la escuela para realizar una identificación precoz y una intervención a temprana edad para que de esta manera se puedan evitar el fracaso escolar, la frustración y la caída de la autoestima que caracterizan al TDAH. A pesar de los conflictos que se deben enfrentar para lograr efectividad en el uso de terapia para tratar niños con TDAH, resulta importante no sólo trabajar con el niño identificado como poseedor del síntoma, sino con todo el ámbito familiar en lugar de querer buscar la solución necesaria para librar al niño de dicho padecimiento.

En cuanto a las nuevas líneas de trabajo, se propone capacitar a los docentes dentro de escuelas acondicionadas y ambientadas para contener y acompañar a los niños con TDAH, ya que el verdadero desafío de los docentes reside en la posibilidad de que el niño sea integrado a su grupo de pares, intentando disfrutar de lo que le proponen y sin que el docente se encuentre sobrecargado con una cantidad de tarea extra que provoque alteraciones en sus estados de ánimo.

## **8. Referencias Bibliográficas**

- Abramowitz, T. y Hersen, M. (1991). *Psicopatología Infantil*. Barcelona: Martinez Roca
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Baren, M. (1994). *Hiperactivity and Attention Disorders in Children*. California: Medical Board.
- Barkley, R. (1998). *Attention- Déficit Hiperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment*. Nueva York: The Guilford Press.
- Cía, A. H. (1994). *Ansiedad, estrés, pánico, fobias. Trastornos por ansiedad*. 253-263. Buenos Aires: El Ateneo.
- Conners, C. K. y Erhardt, D. (1998) Attention-deficit Hyperactivity Disorder in children and Adolescents. En Bellack, A. y Hersen, M. *Comprehensive clinical psychology*, 488-497, 504-511. UK: Pergamon.
- Gardill, M. y Du Paul, G. (1996). *Classroom strategies for managing students with attention deficit hyperactive disorder*. *Intervention in School and Clinic*. Vol 32 (2) 89-95.
- Giusti, E. (2005). *Terapias Cognitivas y Comportamentales. Conductas disruptivas, TDA /H y Manejo Parental*. Recuperado de [http:// www.depsicoterapias.com](http://www.depsicoterapias.com)
- Giusti, E. y Michanie, C. (2007). *Enfoque Cognitivo en TDAH. Integración de herramientas terapéuticas*. Buenos Aires: Paidós.
- Gratch, L. (2001). *El trastorno por déficit de atención*. Buenos Aires: Panamericana.
- Grau Martinez, A. y Meneghello, J. (2000). *Psiquiatría y Psicología de la infancia y adolescencia* . Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Hallowell, E. y Ratey, J. (2005). *Delivered from Distraction-Getting the most out of life*

with *Attention Deficit Disorder*. Nueva York: Ballantine books.

Joselevich, E. (2000). *Síndrome de déficit de atención con y sin hiperactividad*. Buenos Aires: Paidós.

Joselevich, E. (2003). *A.D./H.D. Qué es, qué hacer*. Buenos Aires: Paidós.

Kaplan, H., Sadock, B. y Grebb, J. (1996). *Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica*, 1083-1087. Buenos Aires: Panamericana, 7ma. Edición.

Mena Pujol, B. (2009). *El alumno con TDAH*. Madrid: Mayo Ediciones

Mendez, M.(2010). *La planificación didáctica*. Buenos Aires: Puerto creativo

Monedero, C.(2010). *Dificultades en el aprendizaje escolar*. Madrid: Pirámide.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *Clasificación Internacional de las Enfermedades*. Madrid: Meditor.

Orjales Villar, I. (2002). *Déficit de atención e Hiperactividad. Manual para padres y educadores*. Madrid: Cepe

Polaino, L. (2005). *Manual de hiperactividad infantil*. Madrid: Unión Editorial

Taylor, E. (2008). *El niño hiperactivo*. Barcelona: Editorial Martinez Roca

Rief,S.(1999).*Cómo tratar y enseñar al niño con problemas de atención e hiperactividad. Técnicas, estrategias e intervenciones para el tratamiento del TDA/TDAH* , 19-29. Buenos Aires: Paidós.

Scandar, R. (2003). *El niño que no podía dejar de portarse mal*. Buenos Aires: Distal.

Scandar, R. (2006). *Inquietos, distraídos, ¿diferentes?*. Buenos Aires: Ediba S.R.L

Swenson, L. (1991). *Teorías del aprendizaje*. Barcelona: Paidós, 2da. edición.

Vallejo Ruiloba, J.(1998). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. 875-878. Barcelona: Masson, 4ta. edición.