

UNIVERSIDAD DE PALERMO  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

Trabajo Final Integrador

**“Caso de un niño escolarizado con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad  
Y dificultades en las Habilidades Sociales”**

**Alumna: Aguilera Pamela**

**Tutor: Silvia Piovano**

## Índice

1. Introducción .....	3
2. Objetivos.....	4
2.1. Objetivo General.....	4
2.2. Objetivos Específicos.....	4
3. Marco Teórico.....	4
3.1. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).....	4
3.1.1 Definición y características.....	4
3.1.2 Etiología.....	6
3.1.3 Diagnóstico y sintomatología.....	7
3.1.4 Comorbilidad.....	11
3.1.5 Tratamiento.....	13
3.2. Habilidades sociales.....	15
3.2.1 Conceptualización y características.....	15
3.2.2 TDAH y el déficit en las habilidades sociales.....	18
3.2.3 Intervenciones para el desarrollo de habilidades sociales.....	20
3.2.4 La integración escolar en niños con TDAH.....	23
4. Metodología.....	25

4.1. Tipo de Estudio.....	25
4.2. Participantes .....	25
4.3. Instrumentos .....	26
4.4. Procedimiento.....	26
5. Desarrollo.....	27
5.1. Sintomatología de un niño con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y dificultades en las Habilidades Sociales.....	27
5.2. Intervenciones realizadas por el Equipo de Orientación Escolar (EOE) en el caso de un alumno con TDAH. ....	29
5.3. Evolución del niño observada a partir de las intervenciones del EOE. ....	33
6. Conclusiones.....	36
7. Referencias bibliográficas .....	38

## 1. Introducción

El presente trabajo final integrador se llevó a cabo en base a la Práctica y Habilitación profesional V, cumpliendo 280 horas durante la pasantía.

Las actividades tuvieron lugar en un colegio privado de la ciudad de Buenos Aires con chicos con integración escolar. Consistieron en observaciones en aulas, presencia de reuniones con maestras y directivos y observación de administración de un test psicológico al alumno. También se participó en actividades como armados de carpetas de los alumnos de primero a séptimo grado, actualización de datos del sistema informática del colegio, registro de actas. Junto con el Equipo de Orientación Escolar (EOE) y con las maestras se colaboró en tareas dentro del aula y en la observación de talleres y ludoteca (hora de juego libre). Además se participó de talleres y charlas para alumnos de séptimo grado junto a la psicóloga, psicopedagogos y directivos.

El formato elegido para el presente trabajo es un caso único basado en la observación de un niño de 8 años de edad de un colegio privado de la ciudad de Buenos Aires, donde se contó con la ayuda del Equipo de Orientación Escolar para disponer de información sobre el niño. El mismo está diagnosticado con Trastorno por Déficit de Atención con dificultades en las habilidades sociales y posee seguimiento de la psicóloga del EOE.

La experiencia en el colegio fue de mucha utilidad para la formación profesional, ya que se pudo tomar contacto con muchas situaciones que implicaron la actualización de contenidos estudiados durante la carrera. El tema del presente trabajo fue elegido por que el análisis del caso de un niño con TDAH resulta muy interesante para poder entender la forma en que se manifiesta uno de los trastornos de mayor incidencia en la población infantil en los últimos años. Así mismo representó la oportunidad de conocer aspectos clínicos y de la terapéutica desde un enfoque determinado.

## 2. Objetivos

### 2.1. Objetivo General

Describir las dificultades e intervenciones en el desarrollo de las Habilidades Sociales que presenta un niño escolarizado de 8 años diagnosticado con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

### 2.2. Objetivos Específicos

1. Describir la sintomatología de un niño con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y cuáles son las dificultades que presenta en las Habilidades Sociales.
2. Describir las intervenciones realizadas por el Equipo de Orientación Escolar en el caso de un niño con TDAH para facilitar su desempeño escolar y mejorar sus interacciones.
3. Describir la evolución respecto de las dificultades escolares de un niño con TDAH desde su ingreso a la institución en relación con las intervenciones del Equipo de Orientación Escolar.

## 3. Marco Teórico

### 3.1. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

#### 3.1.1 Definición y características

El concepto de *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad* (TDAH), fue cambiando a lo largo del tiempo. A principios del s. XX se describía como la incapacidad para concentrarse y su inquietud. En 1902 George Still publicó un trabajo en el que trataba sobre unos niños con falta de control de la conducta. Afirmaba que su comportamiento era el resultado de una enfermedad neurológica o hereditaria y no, de una mala crianza. Años después pasó a considerarse una consecuencia del *daño cerebral*, aunque trabajos posteriores demostraron que algunos niños que mostraban ese

tipo de comportamiento no habían sufrido daño cerebral, y aún así presentaban los mismos síntomas. Luego el término fue evolucionando hasta su definición actual (Alvarez Menéndez & Pinel Gonzalez, 2015).

La última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – 5) incluye al TDAH entre los trastornos del neurodesarrollo, caracterizándolo por las dificultades que tienen los niños que lo padecen para prestar atención y controlar su conducta, que muestra tendencia a la impulsividad y la hiperactividad. Estos rasgos interfieren en la actividad escolar, en la vida familiar y en la posibilidad de establecer vínculos sociales (APA, 2014).

Willma (2013) sostiene que el (TDAH) es de origen genético y tiene una base neurológica. Estima que su prevalencia poblacional es de 3-7 % en niños de edad escolar. En Argentina la prevalencia es de alrededor del 4%, siendo más frecuente entre varones que en mujeres, aunque Grañana (2017) considera que hay un subdiagnóstico de mujeres en los casos en que predomina la falta de atención porque pasa sin ser detectada.

El TDAH es una enfermedad crónica que comienza en la niñez, antes de los 12 años, y que persiste durante la adolescencia y la adultez; se caracteriza por sus tres síntomas principales como la inatención, hiperactividad e impulsividad (APA, 2014). La inatención se expresa en conductas tales como distracción durante las clases, pérdida de materiales escolares y olvido de sus tareas. La hiperactividad puede consistir en movimientos permanentes cuando deben estar sentados, correr y saltar en situaciones en que no es adecuado. Por otra parte la impulsividad tiene que ver con dificultades para esperar su turno cuando juegan con otros, interrupciones y tomar cosas de otros sin permiso (Alvarez Menéndez & Pinel Gonzalez, 2015).

Es fundamental el estudio de las comorbilidades ya que permite comprender mejor las características clínicas de esta enfermedad, su evolución y las opciones terapéuticas. En el TDAH combinado los niños tienen más de un diagnóstico, como por ejemplo trastorno desafiante-oposicionista (TOD) o trastorno de conducta (TC). En este caso suelen experimentar altos niveles de problemas externalizados según reportes de padres. También hay un grupo de niños y adolescentes con TDAH asociados a

trastornos internalizados como el TDAH-Ansiedad-Depresión (De la Peña Olvera, 2000).

### 3.1.2 Etiología

Aunque aún no se han establecido de manera definitiva el conjunto de causas, directas e indirectas, del TDAH; los avances en la genética y en las técnicas de diagnóstico han permitido elaborar algunas hipótesis que están siendo investigadas (López Soler & Romero Medina, 2014).

La variedad de hipótesis sugiere que el Trastorno por Déficit de Atención posee una etiología multifactorial, con influencia de factores biológicos (con mayor vulnerabilidad cuando hay antecedentes de mala salud materna), factores psicosociales (en familia desestructurada), factores genéticos (con concordancia entre gemelos monocigoto), factores neuroquímicos (con neurotransmisores implicados en las funciones de atención y regulación motora) y factores neuroanatómicos (Álvarez Menéndez & Pinel González, 2015).

Se podría decir que el TDAH es heterogéneo, ya que las múltiples causas que lo originan (genéticas, ambientales) se ponen de manifiesto en la variedad de expresión de los síntomas (inatención, hiperactividad, impulsividad) y en la comorbilidad con otros trastornos neuropsiquiátricos (trastornos de conducta, trastornos de aprendizaje). A nivel neuropsicológico, esto se manifiesta en la alteración de varios procesos psicológicos, tanto cognitivos (atención, inhibición de respuesta, memoria de trabajo, procesamiento temporal) como afectivos (procesamiento de la recompensa, aversión a la demora, alteración de la emoción, regulación emocional). A nivel neurobiológico, en la afectación de algunos neurotransmisores (dopamina, noradrenalina, serotonina). La disfunción dopaminérgica podría dar cuenta de gran parte de la sintomatología del TDAH (López-Martín, Albert, Fernández-Jaén & Carretié, 2010).

En cuanto a los factores psicosociales, el TDAH suele presentarse en chicos cuyos padres tienen problemas, tales como dependencia del alcohol, madres que consumieron durante el embarazo o en bebés nacidos con bajo peso. Por lo general se puede apreciar en los padres de los niños con el trastorno síntomas de estrés, lo que resulta en un estilo de afrontamiento negativo frente a la problemática del niño, con respuestas inadecuadas que agravan el cuadro (Willma, 2013).

Los estudios de gemelos y familias han mostrado un factor hereditario del TDAH; los hijos de padres con TDAH tienen el 50% de probabilidades de sufrir el mismo trastorno. Algunos autores refieren estudios genéticos en los que se demuestra una heredabilidad del TDAH de 80% lo que indicaría que éste es probablemente un trastorno con fuerte raíz genética. Los genes más estudiados en relación con el TDAH son el gen del receptor D2 en el cromosoma 11, el gen transportador de la Dopamina, variante alélica del gen del receptor D4 de la Dopamina en el cromosoma 11. En la actualidad el gen DR4 sería el más implicado en el trastorno, aunque los datos no son definitivos. Según investigaciones realizadas en el Hospital Infantil de Filadelfia (Estados Unidos), algunos de los mecanismos biológicos que participan en la etiología del TDAH podrían también ser comunes a otros trastornos neurológicos, como por ejemplo la existencia de fragmentos del ADN faltantes o repetidos, que serían propios de enfermedades tales como el autismo y la esquizofrenia (López Soler & Romero Medina, 2014).

En cuanto a la neuroanatomía desde una perspectiva neuropsicológica, los déficit cognitivos y alteraciones conductuales hallados en menores con TDAH son similares a los de los adultos con daños en el lóbulo frontal, y en ambos casos implican a las funciones ejecutivas y a la memoria de trabajo. Esto se ha podido evaluar con técnicas de neuroimágenes, tanto estructurales como funcionales. Las propuestas actuales han acentuado la función primaria de la dopamina y noradrenalina. En el caso del circuito dopaminérgico se ha registrado baja actividad en el cíngulo anterior, lo cual estaría vinculado específicamente al déficit cognitivo, y alta actividad en regiones subcorticales, en particular en el núcleo caudado. Esto último sería responsable del exceso de actividad motora (López Soler & Romero Medina, 2014).

### 3.1.3 Diagnóstico y sintomatología

El diagnóstico comprende fundamentalmente la valoración psicológica y médica. Una vez establecido, se necesita una intervención multidisciplinaria. Son necesarios programas de intervención que permitan dar una respuesta lo más adaptada posible a las necesidades detectadas. De esta forma el tratamiento del TDAH debe ser abordado desde una perspectiva amplia en la que confluyan los enfoques farmacológico,



psicológico, educativo y familiar (Fernández Redondo, del Caño Sánchez, Palazuelo Martínez & de Miguel Sanz, 2011).

Según la American Psychiatric Association (2013) los patrones persistentes de comportamiento que hacen al diagnóstico del TDAH pueden apreciarse en dos dimensiones fundamentales: inatención e hiperactividad/impulsividad. En cualquier caso deben manifestarse en una o más áreas en las cuales el niño se despliega en su vida cotidiana, causando deterioro clínicamente significativo en las actividades sociales, académicas y laborales.

En la primera dimensión se encuentran incluidas conductas tales como el no prestar la suficiente atención a detalles por lo cual se cometen errores, sobre todo en la escuela, en el trabajo o durante otras actividades; dificultad para seguir las instrucciones y terminar las tareas o demás actividades, para comenzar a realizar deberes, realizar actividades que impliquen esfuerzo mental sostenido. Como consecuencia, los niños con TDAH suelen perder las cosas importantes como materiales, útiles, etc., olvidan las actividades cotidianas, como hacer tareas, y muchas veces las inician pero luego se distraen. En cuanto a la hiperactividad e impulsividad algunos de los síntomas propuestos son: jugar o golpear las manos y los pies o retorcerse en el asiento, levantarse en situaciones donde se espera que se mantenga sentado, correr o trepar en situaciones donde no es apropiado, actuar como si lo impulsara un motor y sentirse incómodo estando quieto durante algún tiempo, hablar excesivamente, responder antes de que haya concluido la pregunta, terminar las frases de otro, no respetar su turno, entrometerse en conversaciones de otras personas (APA, 2014).

Se ha observado que niños preescolares con TDAH tienden a tener mayores dificultades en la conducta, y presentan dificultades en habilidades sociales. A diferencia de otros niños tienen conductas socialmente negativas con sus compañeros, se niegan a cumplir con las actividades que se les proponen. En el plano motor se niegan a estar sentados tanto en la casa como en la escuela y les cuesta jugar juegos tranquilos (Grañana, 2017).

Por otra parte, es frecuente que en chicos con TDAH haya conductas del tipo agresivas ya sea de forma verbal o física, suelen ser niños entrometidos, bulliciosos y fastidiosos no respetan la clase, no suelen enfocarse en la tarea, molestan a otros niños.

Al tener problemas en la interacción social los niños con este trastorno provocan rechazo de sus compañeros, hermanos, padres y profesores. El rechazo o la baja aceptación de sus compañeros es un factor de riesgo que conlleva a dificultades en el desarrollo social y emocional del niño. Una vez que han sido etiquetados como *niños con TDAH* sus compañeros suelen rechazarlos y esto les dificulta aún más el poder relacionarse y ser aceptados (Willma, 2013).

Delgado (2010) también plantea que los comportamientos suelen producirse en múltiples contextos que incluyen el hogar, la escuela, el trabajo y las situaciones sociales. Actividades que exigen un esfuerzo mental sostenido o que carecen de atractivo, como por ejemplo, atender al profesor, o leer textos excesivamente largos, son las que crean las condiciones para que se presenten los síntomas. El problema se agrava cuando los docentes consideran que la etiqueta de hiperactividad no es más que una excusa para padres que educan mal a sus hijos que los libra de asumir responsabilidades. En otros casos se considera que, conforme el niño crezca y llegue a la adolescencia, los síntomas comenzarán a remitir. En las formas más leves esto es relativamente cierto, ya que alrededor del 70% de los casos logran que conductas desadaptativas de su niñez sean consideradas como normales en la edad adulta; pero cuando la sintomatología es moderada o severa y el niño no recibe tratamiento es muy probable que fracase en la escuela.

El impacto que este trastorno tiene en el desempeño escolar de los niños y adolescentes hace que el diagnóstico médico deba ser complementado con una evaluación psicopedagógica, interdisciplinaria y con la participación familiar, imprescindible para detectar conductas problemáticas. A través de ella se podrá establecer el potencial de los niños en las distintas dimensiones personales y frente a las diversas áreas de aprendizajes, identificando así sus puntos fortalezas y debilidades. Este tipo de evaluaciones permite el diseño de programas de intervención específicos para mejorar la relación del niño consigo mismo y con quienes interactúa diariamente (Santos Cela & Bausela Herreras, 2007).

Para la detección temprana del trastorno que permita comenzar oportunamente con las intervenciones, se requiere que el personal docente de los niveles iniciales recomiende una evaluación ante indicios de trastornos del comportamiento o que

podrían encajar con el perfil de TDAH. Un primer instrumento de evaluación es la Escala de comportamiento infantil (ECI- Profesores y ECI- padres). Estas escalas permiten diferenciar entre niños con déficit atencional y niños hiperactivos, así como también medir la falta de motivación escolar de los niños, a través de la evaluación de 4 dimensiones que se despliegan entre dos extremos opuestos: interés/ desinterés, atención/ inatención, aprendizaje/ dificultades de aprendizaje y normal actividad/ hiperactividad. Una vez detectados los niños con posible riesgo de presentar alguno de estos trastornos se pasa a la fase de evaluación psicopedagógica formal que implica una evaluación específica del TDAH, complementada con evaluación cognitiva, actitudinal y de personalidad, además de una evaluación neuropsicológica (Santos Cela & Bausela Herreras, 2007).

Para la evaluación específica del TDAH existen diversos instrumentos. El EDAH (Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad) evalúa a través de los datos aportados por adultos (docentes, padres) síntomas de hiperactividad, impulsividad y déficit de atención. En la Argentina se ha adaptado el cuestionario SNAP – IV que contiene preguntas sobre la sintomatología según los criterios del DSM – IV. La adaptación a la cultura local es importante por las diferencias que existen en cuanto a lo que se considera ruidoso o impulsivo entre la cultura latina y la anglosajona (Grañana, 2017). En cuanto a la evaluación cognitivo-actitudinal y de personalidad, es común utilizar test de inteligencia como el Test breve de inteligencia de Kaufman-Kaufman y Kaufman (1997) o el WISC-IV (Wechsler, 2005) para descartar posible deficiencia mental, y utilizando de este último pruebas como Claves, Figuras incompletas, Dígitos y Aritmética, que se relacionan con la atención y concentración. Otros instrumentos como K\*ABC (Kaufman y Kaufman, 1997) permiten evaluar funciones como el Procesamiento Simultáneo, el Procesamiento Secuencial y Conocimientos, y permiten detectar posibles alteraciones lectoescritoras y de cálculo (citados en Santos Cela & Bausela Herreras, 2007). La evaluación neuropsicológica permite una determinación más precisa de las funciones afectadas y del grado de desarrollo cognitivos, pero, fundamentalmente, tiene el valor de identificar las comorbilidades y aportar al diagnóstico diferencial respecto de otros trastornos, como el específico de aprendizaje. De cualquier manera no se trata de tomar estas evaluaciones sólo para confirmar el diagnóstico, sino que el conocimiento que aportan debe servir

para diseñar estrategias de intervención específicas según las necesidades del paciente (Grañana, 2017).

Resulta incuestionable que la detección temprana de un trastorno como el TDAH es clave para el niño reciba la atención adecuada y no vea afectado seriamente su desarrollo y las posibilidades de adaptarse a sus actividades escolares y al entorno social. Sin embargo, es necesario estar alertas frente al riesgo que implica la estigmatización de un niño por el etiquetado prematuro, cuando diferencias en la conducta que son el resultado de carencias propias del entorno familiar o de la capacidad del sistema educativo para reconocer e integrar las diferencias son resueltas a través de un diagnóstico que pretende ser tranquilizador, pero que marca el futuro del niño (López Soler & Romero Medina, 2014).

#### 3.1.4 Comorbilidad

La comorbilidad del TDAH con otros trastornos es muy frecuente. Se ha estimado que alrededor de dos tercios de los menores en edad escolar diagnosticados con TDAH presentan al menos otro trastorno psicopatológico (Arnorld y Jensen, 1995; Nottelmann y Jensen, 1995; citado en López Soler & Romero Medina, 2014).

El subtipo combinado de TDAH es el que muestra una mayor variedad en cuanto a las comorbilidades. Los trastornos más frecuentes son el trastorno negativista desafiante y los trastornos de conducta, con más del 50% de los casos; trastornos de ansiedad, trastornos de la coordinación y trastornos específicos del aprendizaje, entre un 20 y un 50%, y menos frecuentes son los trastornos de tics, depresión mayor y trastorno bipolar, con algo menos del 20% y más infrecuentes los Trastornos del Espectro Autista y la Discapacidad Intelectual (Soutullo Esperón & Díez Suárez, 2007).

Al distinguir entre trastornos internos (ansiedad, depresión, bipolaridad) y externos (trastornos de conducta, agresividad, trastorno antisocial), puede decirse que estos últimos son los que más habitualmente se presentan en comorbilidad con TDAH; sin embargo, la comorbilidad con trastornos internos tiene la importancia suficiente para considerarlos en el momento de la evaluación diagnóstica en atención primaria y especializada (López Soler & Romero Medina, 2014).

La impulsividad característica de este trastorno, sumada a ciertas condiciones del ambiente puede derivar en un trastorno antisocial, según ha sido demostrado (White et al., 1994; citado en López Soler & Romero Medina, 2014). Aquellos niños que presentan el subtipo Hiperactivo de TDAH tienen mayor riesgo de sufrir también el trastorno negativista desafiante y el trastorno antisocial en la adultez. La relación entre la severidad del trastorno y la presencia de comorbilidades es una cuestión importante, a mayor severidad de la sintomatología, mayor presencia de comorbilidad. La severidad, sumada a la presencia de la sintomatología en distintos ámbitos, se asocian con síntomas de agresividad, conductas delictivas y trastornos ansiosos-depresivos (López Soler & Romero Medina, 2014).

Los principales trastornos de ansiedad más prevalentes en el TDAH son la ansiedad de separación, el trastorno de angustia, el TOC y el TAG. Las investigaciones epidemiológicas han puesto en evidencia que aproximadamente el 25% de los niños con TDAH presentan trastorno de ansiedad. La ansiedad que tienen los niños en el TDAH, muestran una serie de características semiológicas específicas, manifiestan una preocupación excesiva por el fracaso y anticipaciones ansiosas por los acontecimientos futuros. Esto último hace que estos niños necesiten muy particularmente ser tranquilizados (Díaz Atienza, 2006).

En los trastornos afectivos, existen evidencias científicas de que la prevalencia del trastorno depresivo mayor es más alta en niños con TDAH que en la población general. Sin embargo, las variaciones en las tasas encontradas en los distintos estudios epidemiológicos son muy amplias, lo que demuestra las dificultades diagnósticas que surgen a partir de esta comorbilidad. Respecto a la relación entre ambos trastornos, se plantea si el trastorno depresivo es consecuencia del TDAH o el resultado de una vulnerabilidad particular. Se ha comprobado que los niños con trastornos por déficit de atención son más vulnerables frente a la depresión que aquellos que presentan TDAH. Por otra parte, existe una controversia mayor en torno de la comorbilidad de TDAH con la ciclotimia y/o la hipomanía, especialmente por posibilidad de cometer errores de diagnóstico diferencial con el TDAH (Díaz Atienza, 2006).

La alta comorbilidad en los casos de TDAH representa una problemática que merece especial atención, ya que puede tener un gran impacto en el resultado de los tratamientos (López Soler & Romero Medina, 2014).

### 3.1.5 Tratamiento

Los tratamientos usuales en la actualidad incluyen el tratamiento farmacológico, terapias psicológicas con distintas perspectivas teóricas y tratamientos mixtos, que combinan psicoterapia con psicofármacos.

Los fármacos para el tratamiento de este trastorno son básicamente psicoestimulantes basados en el fenilfenidato y se ofrecen en los últimos años en dosis cada vez más ajustadas. Se ha documentado la mejoría de pacientes con agresividad física y verbal, interacciones negativas y conductas antisociales a partir del uso de este tipo de estimulantes (Soutullo Esperón & Díez Suárez, 2007).

Asimismo, existe la posibilidad de elegir entre medicamentos que ofrecen una respuesta de efecto inmediato o bien aquellos que mantienen sus efectos durante más tiempo mediante una liberación prolongada. Estos psicoestimulantes actúan directamente sobre los neurotransmisores y ayudan a mejorar los síntomas principales de falta de atención, hiperactividad e impulsividad (Fernández Redondo et al., 2011).

Los casos con comorbilidad exigen considerar el medicamento más adecuado. En pacientes con trastornos de ansiedad se han registrado peores respuesta y más efectos adversos con la ingesta de estimulantes. En estos casos, el tratamiento psicológico debe acompañar al farmacológico. Cuando el TDAH se presenta junto con depresión, el tratamiento farmacológico puede combinar estimulantes y antidepresivos, especialmente Inhibidores de la Recaptación de Serotonina (IRS). Sin embargo, es necesario realizar más estudios de estos casos para llegar a una conclusión (Soutullo Esperón & Díez Suárez, 2007).

En términos generales, la psicoterapia no es considerada por si sola un mejoramiento significativo de los síntomas centrales del TDAH, pero puede servir para intervenir sobre el síntomas asociados a los trastornos comórbidos que interfieren en el funcionamiento normal del paciente. La psicoterapia es necesaria en situaciones que pueden provocar conflictos en el niño o en entorno familiar, como separación de los

padres, nacimiento de un nuevo hermano, entre otros. En el caso de pacientes diagnosticados con TDAH tardíamente, incluso en la adolescencia, la psicoterapia debe llevarse a cabo intensivamente. Estos pacientes necesitan refuerzos más intensos, de manera que la terapia se inicia con énfasis en la aplicación de refuerzos y premios, y luego éstos se van reduciendo progresivamente para pasar a ser reconocimientos y refuerzos sociales. Se espera que los cambios en la conducta del paciente generen a su vez cambios en las personas con las que el paciente se relaciona, de esta manera los refuerzos del entorno aumentan, lo que fortalece su autoestima, su capacidad de autocontrol y su visión positiva del entorno (López et al., 2009).

La terapia de conducta trabaja mediante la hipótesis de que el comportamiento de los niños y de los adultos se puede modificar trabajando sobre las asociaciones adecuadas entre conductas y reforzadores. La idea de este enfoque es que actuamos en función de las consecuencias que recibimos. Los pacientes tratados con este tipo de terapia obtienen resultados positivos en diversos aspectos. Principalmente se destaca el aumento de atención y mejora del rendimiento académico, mejora de autocontrol de la actividad motora excesiva, mejora de la interacción social como consecuencia del control de la impulsividad (López et al., 2009).

Debido a sus características particulares, los niños con TDAH suelen necesitar contingencias más poderosas que los niños sin el trastorno para lograr iguales resultados en cuanto a la modificación de la conducta. A pesar de esto, la aplicación de este tipo de técnicas a niños escolarizados con el trastorno ha demostrado su utilidad en todas las etapas del desarrollo (Casas & Ferrer, 2010).

Entre los componentes más eficaces de intervención en TDAH durante la etapa de escolarización se encuentra el entrenamiento conductual a padres y profesores. Esta técnica de modificación de conducta se orienta específicamente a mejorar los vínculos entre padres e hijos y entre alumnos y profesores. En este último caso, los programas conductuales incluyen un componente psicoeducativo que permite a los profesores conocer más sobre el trastorno y hacer actuaciones precisas para mejorar la conducta del alumno en el aula (Jarque Fernández, 2012). Otra intervención es la modificación cognitiva de la conducta basada en el entrenamiento de estrategias de autorregulación. El objetivo en este caso es que el niño tome conciencia de sus limitaciones a través del

diálogo y la reflexión para que contribuya de manera activa a su tratamiento. En todos los casos, las intervenciones dentro del colegio son consideradas de mayor importancia, ya que permiten a los profesores adaptar su trabajo a las necesidades del niño para mejorar su desempeño académico, las relaciones con sus compañeros y ayudarlo a adquirir las habilidades que le permitan mejorar su desempeño en las distintas áreas (López et al., 2009).

Además de los tratamientos psicológicos integrales se puede recurrir a programas específicos, orientados a aspectos particulares de la problemática del TDAH. Pueden, por ejemplo, dirigirse al desarrollo de técnicas de autocontrol, al fomento del pensamiento reflexivo, al control de las emociones, a mejorar la atención, concentración y los procesos de razonamiento o al modelado de las conductas deseables. En cuanto al desempeño académico, los programas específicos pueden orientarse a la enseñanza de técnicas de estudio, a mejorar la comprensión del lenguaje y la adquisición de estrategias en la resolución de problemas, a la realización de ejercicios de observación, clasificación, ordenamiento, orientación o al fomento de las habilidades sociales (Fernández Redondo et al., 2011).

Pascual Luengo (2013) se va a referir a estrategias que se pueden aplicar dentro del aula, implementando adaptaciones ambientales y metodológicas favorables para poder ayudar tanto a los niños con TDAH como a sus compañeros. Por ejemplo, implementar normas o reglas que le pueden ser de utilidad al profesor como guía de actuación, que pueda adecuar a las características de su grupo y edades de sus alumnos, con el fin de que el alumno se sienta seguro en el aula. Es necesario poder reducir y fragmentar las actividades a un formato más simple y claro. Asegurarse que conoce la tarea y la comprende, utilizar apoyos visuales y la instrucción oral y cambiar las tareas. No darles demasiadas tareas para la casa y solo darle las que se consideren importantes. Poder aumentar el tono de voz sobresaltando la información más importante, resaltando con colores y tamaños la escritura. Incluir actividades que le sean motivantes al alumno con reforzadores para el progreso del niño y acordar momentos de atención individual y grupal.



## 3.2. Habilidades sociales

### 3.2.1 Conceptualización y características

Las habilidades sociales tienen una estrecha relación con el desarrollo cognitivo y con los aprendizajes escolares, y se consideran necesarias para una buena socialización del niño. Frente a la aparición de conductas problemáticas en las relaciones de éste con sus pares o con los adultos, es responsabilidad de éstos último adoptar una actitud activa, orientada a la estimulación de comportamientos positivos. La escuela ofrece el marco para la actuación de los docentes, orientando su actividad al desarrollo integral del niño como persona, en donde ocupa un lugar clave el desarrollo de relaciones interpersonales. Cuando un niño no tiene las habilidades necesarias para establecer buenas relaciones interpersonales suelen experimentar aislamiento social, rechazo por parte de sus compañeros y conflictos en el vínculo con sus maestros, todo lo cual afecta su bienestar. Las habilidades sociales no sólo son importantes por lo que se refiere a las relaciones con los compañeros, profesores y padres sino que también permiten que el niño asimile los papeles y normas sociales, por lo que su importancia no se reduce al presente sino que también alcanza al futuro del niño (Redruello, 2007).

Según Caballo (2005) las habilidades sociales hacen referencia a un conjunto de comportamientos que permiten al individuo expresar sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos, respetando a los demás y de un modo adecuado a distintas situaciones. En cuanto a su utilidad, estas habilidades favorecen la resolución de problemas en la interacción social presente, así como la prevención de conflictos futuros.

Roca (2014) incluye dentro de las habilidades sociales a los pensamientos y emociones, además de las conductas observables. Mientras que Monjas Casares (2000) sostiene, al caracterizar las habilidades sociales, que éstas implican comportamientos verbales, motrices, emocionales y cognitivos.

En lo que se refiere al aspecto emocional, la carencia de habilidades sociales se asocia con emociones negativas como la frustración o la ira, y expone a quien la padece a experimentar el rechazo por parte de otros, con consecuencias para el estado anímico. Un aspecto que sintetiza tanto los factores cognitivos como los sociales y que forma

parte de las habilidades sociales es la comprensión que el niño tiene de sus emociones (Lacunza & Contini de González, 2011).

En este sentido, la interacción con otros niños no sólo cumple un papel socializador para el niño, sino que es fundamental para su desarrollo cognitivo. Durante este desarrollo, el niño realiza una transacción desde el juego solitario hacia otros juegos más cooperativos y más interactivos y es justamente la interacción en ese marco lo que favorece el desarrollo. Si el desarrollo de las habilidades sociales implica interacción con pares, esta es más frecuente y duradera cuando surge a partir de actividades lúdicas. (Lacunza & Contini de González, 2011).

Roca (2014) presenta dos maneras características de conducta que aparecen en oposición. Por un lado, la inhibición, un modo de conducta no asertiva que se caracteriza por su inferioridad, pasividad, introversión y porque la persona se somete a las decisiones, deseos y normas de los demás, sin pensar en sus propios intereses, derechos y deseos. Por otro lado, la agresividad, una manera de comportarnos opuesta a la inhibición, ya que en este caso es la persona que se comporta agresivamente quien no respeta los derechos y sentimientos de los otros, sino que actúa de manera ofensiva, provocadora y tiende a atacar al resto, puede ser física o verbalmente, acompañando su actuación con gestos hostiles. A pesar de las grandes diferencias, en ambos casos una persona puede no ser asertiva en realidad, es decir puede no estar defendiendo sus intereses y deseos de manera adecuada, aún cuando actúe en contra de los intereses y deseos de otros. Partiendo de considerar que las habilidades sociales son comportamientos aprendidos, y que el entorno en el que está inserto el niño o adolescente es decisivo con respecto a este aprendizaje, el contexto tendrá una gran influencia en la definición de la forma y el estilo adoptado por un niño, sea funcional o disfuncional, asertivo, inhibido o agresivo.

Las habilidades sociales infantiles constituyen un amplio campo de investigación, y han generado gran interés en diferentes áreas psicológicas por sus aplicaciones. Las destrezas sociales son una parte esencial de la actividad humana ya que el discurrir de la vida está determinado, al menos parcialmente, por el rango de las habilidades sociales. En la infancia, la conformación de las habilidades sociales está estrechamente relacionada por los grupos primarios y a las figuras de apego. Durante los

primeros años de vida, la familia tiene una importancia fundamental para el comportamiento interpersonal del niño. Existe suficiente evidencia que conecta las competencias sociales a la salud física y mental. Los déficits en las habilidades sociales han sido relacionados a una variedad de trastornos tales como la ansiedad, las enfermedades cardiovasculares, abusos de sustancias entre otros. Las habilidades sociales son un medio excepcional de protección y promoción de la salud ya que los comportamientos sociales favorecen la adaptación, la aceptación de los otros, los refuerzos positivos y el bienestar del sujeto (Lacunza, 2005).

Roca (2014) menciona algunas características de las personas que poseen habilidades sociales bien desarrolladas. Son personas que se conocen a sí mismas y son conscientes de sus sentimientos, se aceptan como son, sin depender de sus logros ni de la aceptación que obtengan por parte de los demás, comprenden adecuadamente los sentimientos de otros y eligen a las personas más allegadas, determinando quiénes serán sus amigos y quiénes no.

Monjas Casares (2000) distingue entre varias formas de aprendizaje de las habilidades sociales. Aprendizaje por experiencia directa o por observación, tanto de otros sujetos como de modelos simbólicos a través de medios de comunicación como la televisión o el cine. También se aprende, mediante el uso del lenguaje hablado, es decir, por medio de preguntas, instrucciones o sugerencias; dentro de esta forma se puede considerar el aprendizaje por medio del intercambio de información a nivel interpersonal, es decir, que el niño recibe una retroalimentación de su interlocutor acerca de la calidad de su comportamiento social.

### 3.2.2 TDAH y el déficit en las habilidades sociales

Los síntomas de este trastorno tienen un gran impacto en el desarrollo del individuo e interfieren no solo en la esfera conductual sino también en su funcionamiento social, emocional y cognitivo, causando una importante morbilidad y disfuncionalidad en el niño, en el grupo de compañeros y en su familia. Los niños con TDAH tienen un riesgo significativo de presentar dificultades en su socialización, aproximadamente entre el 50% y el 75% muestran problemas en las relaciones con los pares, que pueden tomar distintas formas, desde el sentimiento de rechazo por parte de

sus compañeros, los conflictos continuos en el ámbito escolar y las experiencias de fracaso constante, afectando la autoestima y la competencia social (Russo, Arteaga, Rubiales & Bakker, 2015).

La principal manifestación clínica de la carencia en las habilidades sociales y, al mismo tiempo, la característica más consistente del cuadro clínico en niños de menos de 6 años de edad con TDAH es el temperamento indócil con explosiones intermitentes (López Soler & Romero Medina, 2014).

Los niños con TDAH tienen problemas en las relaciones con sus pares y un bajo nivel de competencia social, a pesar de en muchos casos hacen grandes esfuerzos por ser aceptados entre sus pares. Se estima que el 74% de los niños con TDAH son rechazados por sus compañeros y que este rechazo suele ser constante. Este elevado porcentaje de rechazo puede explicarse de dos maneras: por conductas molestas (antisociales, desorganizadas y agresivas), y por características de personalidad como mal carácter, egoísta, mal compañero. En general las agresiones verbales y físicas, así como los comportamientos negativos, son las conductas que más se relacionan con el rechazo de pares. Por su sintomatología, los niños con TDAH muestran mayores tasas de este tipo de comportamientos (Pardos, Fernández-Jaén & Martín Fernández-Mayoralas, 2009).

Por otra parte, un nivel elevado de rechazo social provoca en niños con TDAH percepciones erróneas de su aceptación o rechazo de los demás, aunque existen datos contradictorios en cuanto a la relación entre la forma en que los niños con TDAH se ven a sí mismos como diferentes a los demás y sus propios comportamientos inadecuados (Russo et al., 2015).

Las dificultades interpersonales de los niños con TDAH no están restringidas específicamente a los vínculos con pares, sino que también se observan en los vínculos con padres y profesores. Los profesores, que pasan mayor tiempo en relación con los niños con este trastorno, tienden a mostrarse más controladores y a responder con mayor número de conductas negativas. Dentro de las familias, los adultos suelen manifestar mayor interacción negativa con un niño con TDAH que con los niños sin este trastorno. En situaciones de juego libre con las madres, los niños con TDAH se muestran más

negativos e independientes de sus madres que los niños sin TDAH (Pardos et al., 2009).

En un análisis de las fallas específicas en las habilidades sociales de niños con TDAH se registran dificultades en la asertividad, la cooperación y el autocontrol de los impulsos. En términos más complejos estos niños muestran dificultades para percibir y comprender las relaciones lógicas que implica la cognición social, así como para prevenir y elegir el comportamiento más adecuado en situaciones sociales (Russo et al., 2015).

### 3.2.3 Intervenciones para el desarrollo de habilidades sociales

El peso que tienen los problemas en las interacciones sociales de los niños con TDAH requiere de especial atención en el marco de los tratamientos psicoterapéuticos. En la actualidad hay tres tipos de tratamientos con soporte científico en el TDAH que pueden tener impacto también sobre las habilidades sociales el farmacológico, la intervención conductual y el combinado. El tratamiento combinado, con intervención conductual, con componente psicoeducativo y psicofármacos es más eficaz que cada tratamiento por separado, ya que tiene efectos en la capacidad de atención y disminuye la hiperactividad. Sin embargo se necesitan más estudios que estudien las causas para estos problemas y determinen la eficacia en cuanto en cuanto a problemas más específicos como la competencia social, tanto en niños como adultos con TDAH (Pardos et al., 2009).

Las habilidades sociales y emocionales pueden considerarse competencias relacionadas con la funcionalidad social, y por lo tanto su desarrollo es una herramienta para promover eficazmente las relaciones positivas entre pares. En el nivel preescolar, los programas de entrenamiento en habilidades sociales han demostrado ser eficaces para los niños con bajos niveles de aceptación por parte de sus pares, problemas sociales de comportamiento y discapacidades de desarrollo. Por ejemplo, el programa *Resilient Peer Treatment* para niños socialmente retraídos, tanto los niños con este problema como sus pares con comportamiento pro-social tienen sesiones de juego guiadas por un entrenador adulto que nivela y refuerza el comportamiento social positivo, aumentando de este modo el juego colaborativo e interactivo. Por otra parte, el programa *Incredible*

*Years Dinosaur Social Skills and Problem Solving Curriculum* ha sido desarrollado específicamente para niños de preescolar y de primaria con problemas de conductas agresivas-disruptivas y problemas de asociación con sus pares, reduciendo los problemas de comportamiento y promoviendo habilidades para resolver problemas sociales en un ensayo aleatorio (Kalvin, Bierman & Erath, 2015).

Los programas preescolares deben focalizarse en habilidades que están asociadas con la aceptación de sus pares y protegen a los niños con problemas de socialización contra el rechazo de sus compañeros. Durante los años preescolares estas habilidades incluyen las necesarias para el juego cooperativo, como esperar el turno, compartir los juguetes, colaborar con otros en juegos de simulación y responder positivamente a las iniciativas de otros. También son importantes las habilidades de lenguaje y comunicación, como conversar con los compañeros, hacer propuestas de juego en conjunto, preguntar y responder a los pedidos de aclaración, o invitar a otros a jugar. Por último se puede mencionar el conjunto de habilidades para la comprensión y regulación de las emociones, desde la identificación de los sentimientos propios y del otro, hasta la regulación de las emociones y el control, para evitar respuestas impulsivas y soportar las frustraciones cotidianas (Kalvin et al., 2015).

Siguiendo esta línea, y con el objetivo de mejorar las relaciones sociales de estos niños y su capacidad de encajar entre sus pares, se crearon programas de entrenamiento para las habilidades sociales, focalizados en el desarrollo de aquellas capacidades necesarias para lograr una mayor aceptación y evitar el rechazo social a partir de tres momentos, instrucciones teóricas, prácticas con pares y retroalimentación. Cabe aclarar que este programa ha sido desarrollado con niños sin TDAH, para los cuales es completamente efectivo, mientras que resulta efectivo para el 40 % los niños con este trastorno (Pardos et al., 2009).

Según Miranda Casas y Soriano Ferrer (2010) el entrenamiento en habilidades sociales se ha convertido en una forma ampliamente aceptada de intervención en la práctica clínica para el abordaje de las dificultades que con frecuencia presentan los niños con TDAH en su vida social. Se ha mostrado que el entrenamiento en habilidades sociales mejora el funcionamiento social de los niños con conductas antisociales y los

niveles de asertividad (Webster-Stratton, Reid & Hammond, 2001, citado en Miranda Casas & Soriano Ferrer, 2010).

El entrenamiento típico se basa en la enseñanza y, fundamentalmente, en la práctica a través de role playing de un amplio rango de habilidades, tales como habilidades de conversación (saludar, presentarse, interrumpir correctamente, etc.), amistad (hacer amigos, cumplidos, iniciar y unirse a actividades de grupo, etc.) y/o resolver situaciones difíciles (aceptar negativas y críticas, responder a bromas, pedir disculpas, etc.). Otras habilidades que suelen incluirse en los programas son: deportividad, ignorar la provocación y aceptación. Las actividades que realizan los niños se completan con la participación de los padres en distintos tipos de encuentros, individualizados y grupales. Ya que el objetivo principal es mejorar las relaciones sociales del niño, un aspecto fundamental es la inclusión del maestro y otros estudiantes en la prácticas. El terapeuta colaborará así con el maestro en la aplicación del programa proporcionándole entrenamiento, asesoramiento y entrando con él en la clase durante las primeras fases (Miranda Casas & Soriano Ferrer, 2010).

El entrenamiento en habilidades sociales como único tratamiento para niños con TDAH no es suficiente para poder mejorar su inserción social en el ámbito escolar y con su grupo de pares. El tratamiento farmacológico es necesario, ya que la mayor parte de las conductas disruptivas y agresivas, así como las faltas de atención y concentración mejoran con los psicofármacos indicados, ya que regulan sus conductas y mejoran la competencia social (Pardos et al., 2009).

Bierman y Powers (2009) propusieron tres etapas en las intervenciones para mejorar las relaciones entre pares. La primera se focaliza en la baja aceptación y se centra en el entrenamiento en las habilidades sociales. La efectividad se mide en función de indicadores cuantitativos como el aumento en la tasa de interacciones con los pares o de la ejecución de conductas sociales como expresiones faciales validas (saludos, contacto ocular). En la segunda etapa, centrada en el rechazo, se establece la diferencia entre ser ignorado y ser rechazado en términos cognitivos. La intervención, además de promover conductas sociales positivas para aumentar la aceptación, apunta a reducir las conductas que son desagradables para los demás. En la tercera etapa se focaliza en la

estabilidad del rechazo. Se observa el rechazo crónico con los demás y con otras dificultades que pueden contribuir a su origen.

Una manera integral de abordar la problemática de la interacción social de los niños con TDAH en el ámbito escolar es a través de una intervención diseñada en 2 niveles, uno general y otro específico. A nivel general la intervención se orienta al trabajo sobre la problemática con todos los niños/as de un establecimiento, los maestros y las familias, de forma que se vayan incorporando en las aulas formas de enseñar y aprender que potencien un contexto social positivo. La intervención específica va dirigida particularmente al alumnado en situación de rechazo y a su familia. El objetivo es crear un ambiente potenciador de las relaciones de aceptación, ayuda y convivencia. En cada colegio se realiza una reunión inicial y una final con el equipo directivo y el profesorado implicado. La intervención esta dirigida a la toma de conciencia del profesorado de los procesos interpersonales que se dan en el aula, y las formas de potenciar sus recursos y su autonomía para promocionar el desarrollo socioemocional en las aulas. Dado que serán los docentes los que implementen el programa, será fundamental para la adaptación del mismo en todo momento la conciencia que estos tengan de su rol en el monitoreo y la evaluación del trabajo en las aulas (Bacete, et al., 2013).

#### 3.2.4 La integración escolar en niños con TDAH

El primer marco de referencia en la construcción de la personalidad durante la socialización primaria es la familia, ya que proporciona a los niños las condiciones para aprender un conjunto de conductas sociales, como escuchar, iniciar y mantener una conversación y reglas de cortesía. La integración en el ámbito escolar implica el desprendimiento del primer mundo para el niño y la necesidad de establecer interrelaciones con personas nuevas y ajenas al círculo parental, en el marco del inicio de la socialización secundaria. Esto demanda del niño el recurso a nuevas habilidades para lograr la aceptación del otro. Aunque la escuela tiene entre sus tareas la construcción del repertorio de las habilidades sociales de los niños a su cargo, éstos no siempre logran mantener relaciones sociales positivas y responder adecuadamente a las demandas del entorno. El desarrollo de las habilidades sociales durante el ciclo lectivo contribuye a disminuir también otras situaciones problemáticas en las aulas, como



problemas de relación con los demás, aislamiento, falta de solidaridad, agresividad y peleas (López, 2008).

Por otra parte Cava y Musito (2003) también plantean que las relaciones sociales que niños y adolescentes tienen con los profesores y sus compañeros dentro del ámbito escolar son un aspecto fundamental tanto del proceso mismo de enseñanza como del propio desarrollo social, afectivo y cognitivo de los alumnos. En este sentido, son numerosos los estudios que relacionan las dificultades de integración social dadas por algunos niños con baja autoestima, depresión, incluso con graves problemas de violencia en el aula. En primer lugar, el rechazo de los compañeros es una experiencia considerada estresante, y en consecuencia es muy probable que los adolescentes con problemas de integración social hayan también tenido problemas en la niñez. En segundo lugar los problemas de integración en la escuela pueden afectar al ajuste del niño en general, ya que si estos niños no disponen de relaciones favorables con los demás carecerán de un contexto en el cual aprender habilidades sociales. Las relaciones con los compañeros de escuela son una importante fuente de apoyo, que ofrece compañía, posibilidades de expresar sus sentimientos y pensamientos e intercambiar conocimientos con otros. Los niños con dificultades de integración en la escuela carecerían de este tipo de apoyo y oportunidades para el desarrollo de habilidades sociales.

Según López (2008) en la escuela estas conductas se desarrollarían mediante la práctica estructurada y su inclusión como eje transversal en los temas de clases. Un primer acercamiento a este objetivo sería programar un tiempo del periodo lectivo para el adiestramiento del alumno en las bases fundamentales de las habilidades sociales. Adicionalmente se pueden desarrollar otras actividades que permitan profundizar en el área de las habilidades sociales, estas incluirían sesiones colectivas para ensayar en contextos diferentes y de forma articulada, y para complementar la evaluación del avance del sujeto. Puede ser necesario en algunos casos trabajar en la cultura existente en el centro educativo para favorecer un clima que propicie la no violencia, la tolerancia, el respeto, los derechos humanos y la solidaridad.

En síntesis, las habilidades sociales son un conjunto de comportamientos que permiten al individuo expresar sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones de un

modo adecuado a las circunstancias. Estas habilidades favorecen la resolución de problemas en la interacción social, así como la prevención de conflictos futuros (Caballo, 2005). La carencia de habilidades sociales se asocia con emociones negativas como la frustración o la ira, y expone a quien la padece a experimentar el rechazo por parte de otros, con consecuencias para el estado anímico. Los niños con TDAH tienen un riesgo significativo de presentar dificultades en su socialización, debido a sus deficiencias en habilidades sociales, entre otros factores. También presentan conflictos continuos en el ámbito escolar y experiencias de fracaso constantemente, lo que afecta su autoestima (Russo et al., 2015). El desarrollo de habilidades sociales a través de programas grupales e intervenciones individuales es una herramienta para promover eficazmente las relaciones positivas entre pares y ayudar a los niños con TDAH a integrarse en el ámbito escolar con menor dificultad.

## 4. Metodología

### 4.1. Tipo de Estudio

Estudio descriptivo de caso único.

### 4.2. Participantes

Por ser un estudio de caso único participó un niño de 8 años, G (como se llamará al niño para preservar su identidad), que es un alumno de tercer grado, afectuoso e inteligente. Tiene dificultades en su inhibición y en la lectura de contextos sociales, por lo que ha sido diagnosticado con Déficit de Atención con Hiperactividad. Vive en la ciudad de Buenos Aires, Argentina, con sus padres y sus dos hermanos mayores. Cuando tenía 2 años de edad se le detectaron síntomas de ansiedad, le costaba quedarse quieto y respetar los tiempos de la sala y tenían que llamarle la atención por su inquietud. Se realizó una interconsulta con psiquiatra quien lo medica con Aripiprazol y estuvo 7 años bajo tratamiento cognitivo conductual focalizado, actualmente se encuentra en grupo para fortalecer sus habilidades sociales (HHSS).

También es participante la psicóloga y coordinadora del EOE, dentro del cual hace el seguimiento del alumno y mantiene reuniones con la maestra y directivos para intercambiar información acerca de la evolución del alumno.

La coordinadora del EOE es psicóloga egresada en la universidad de Palermo, desempeña su profesión hace 10 años, con orientación cognitiva-conductual.

La docente de G tiene a cargo alumnos de tercer grado del ciclo lectivo, tiene 35 años, ejerce la docencia hace 9 años y trabaja en la institución hace 5, brindando clases de apoyo 2 veces por semana por la tarde.

#### 4.3. Instrumentos

En este trabajo se utilizó información del legajo del niño. El mismo contiene datos personales del niño, sus síntomas y evolución, con evaluaciones psicológicas y neuropsicológicas.

Se recolectó información de observaciones no participantes tanto en recreo como en el aula.

Entrevistas semi-dirigidas a la docente una vez por semana con respecto a la evolución del niño en cuanto a su comportamiento y aprendizaje, sobre las relaciones con la maestra y con sus compañeros.

También se realizaron 3 entrevistas semi-dirigidas a la psicóloga del EOE, con una duración aproximada de 30 minutos, para indagar acerca de las habilidades sociales del niño, sobre los síntomas del déficit de Atención y su modo de intervención con el alumno tratante.

#### 4.4. Procedimiento

En primer lugar se analizó el contenido del legajo, en donde figuran los antecedentes de G, los informes de las maestras y de las evaluaciones realizadas por el EOE. Durante los días establecidos para la práctica en la institución se realizaron observaciones del comportamiento del niño que tuvieron lugar tanto en el aula como en los recreos durante el espacio de una hora tres veces semanales, a lo largo de tres meses. Se observaron sus comportamientos en la relación con sus compañeros, con su maestra y su desempeño dentro del aula. También se contó con los datos aportados por la maestra y la psicóloga, no sólo acerca del comportamiento del niño, las intervenciones realizadas y los cambios

registrados, sino también sobre las reuniones con los padres y los profesionales externos que llevan adelante el tratamiento.

## 5. Desarrollo

### 5.1. Sintomatología de un niño con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y dificultades en las Habilidades Sociales.

De acuerdo con la información que consta en su legajo, los problemas de G comenzaron cuando estaba en el periodo de adaptación a preescolar. Puede considerarse que se logró detectar relativamente pronto el trastorno del niño, algo que resulta clave para que reciba un tratamiento adecuado, tanto a nivel psicológico como psicopedagógico que le permita adaptarse a sus actividades escolares y mejorar sus vínculos sociales (López Soler & Romero Medina, 2014).

Según se informó en ese momento, el niño presentaba síntomas de ansiedad, le costaba quedarse quieto, respetar las consignas y los tiempos de la sala. Solía levantarse en momentos inapropiados y las maestras tenían que llamarle la atención por su inquietud. Esta descripción coincide con algunas de las características enumeradas en el DSM 5 (APA, 2014) para el diagnóstico del TDAH en el criterio hiperactividad/impulsividad.

También se registraron en ese momento algunas conductas que correspondían a un déficit de atención, en donde se incluyen no prestar la suficiente atención, la dificultad para seguir las instrucciones y para comenzar o terminar las tareas o demás actividades (APA, 2014). Sobre esto se señala en el legajo que en algunas ocasiones las maestras tenían que adaptar para él las consignas, ya que era muy difícil que pudiera cumplir las que se daban al resto de los niños. Muchas veces no terminaba las tareas que se le pedían, y frente a esa situación se angustiaba y manifestaba enojos, poniendo el cuerpo tenso y gritando. Grañana (2017) destaca que los niños con TDAH en edad preescolar tienden a tener mayores dificultades en la conducta en comparación con sus compañeros, ya que se niegan a cumplir con las actividades que se les proponen. En el caso de G, las maestras interpretaban que su actitud desafiante tenía que ver con que no podía manejar las situaciones, ni cumplir con las consignas generales, es decir que más

que una negativa a responder a lo que se espera de él, lo que podía observarse en este caso es una falta de la capacidad para hacerlo adecuadamente.

A pesar de estos problemas G estableció una relación aceptable con sus compañeros durante el ciclo preescolar. Algo que merece destacarse de la información proporcionada por el legajo es que el niño buscaba tanto a los varones como a las niñas para compartir sus momentos de juego libre, aún cuando en ocasiones se dirigiera a sus compañeros de una manera brusca, mereciendo que muchas veces se le llamara la atención. También las maestras informaban de un buen vínculo con el niño, al que definían como cariñoso aunque por momentos también se mostrara desafiante frente a ellas. Lo notable de esto es que los niños con TDAH, cuando no tienen las habilidades necesarias para establecer buenas relaciones con sus compañeros, suelen aislarse o ser rechazados por sus compañeros (Willma, 2013), o tener conflictos en el vínculo con sus maestros, algo que no se habría dado en el caso analizado.

Una vez en la primaria, comenzó a dar muestras de falta de atención y conducta problemática. En más de una oportunidad que la maestra le hizo una pregunta durante la clase G no supo qué contestar porque no estaba escuchando lo que ella decía. En otros casos, al no poder responder correctamente lo hacía con bromas, lo que era motivo para que lo retaran. En algunas ocasiones, durante el trabajo en el aula, G interrumpía a su maestra haciendo preguntas constantemente, y cuando en una de esas ocasiones ella le pidió que dejara de preguntar para que pudiera seguir dando la clase, el niño se tiró al piso y empezó a girar. La maestra lo mandó a la dirección esa vez, pero en otras oportunidades hace que G deje el aula con alguna excusa, algún pedido de llevar algo a la directora o similar, para evitar tener que hacer algo que sea tomado como un castigo por el niño. A pesar de estos intentos de la maestra, G podía llamar la atención, distraendo a la clase, como en una oportunidad en que después de un encargo de la maestra volvió al aula sin las zapatillas, diciendo que se las había sacado porque le molestaban para caminar. Estos ejemplos pueden considerarse dentro de lo que describe Willma (2013) como parte de las características de los niños con TDAH, el ser fastidiosos, no respetar los tiempos de la clase y distraer a sus compañeros.

Con respecto a éstos, las características de G dificultaban su integración a las actividades grupales, fundamentalmente porque le costaba demasiado esperar su turno y

respetar el lugar de los otros. Esto coincide con las conductas incluidas en el criterio del DSM 5 (APA, 2013) hiperactividad/impulsividad, que incluye además el entrometerse en conversaciones de otras personas y hablar excesivamente. Era notable la diferencia entre este tipo de actividades y lo que sucedía cuando trabajaba solo, en donde podía rendir mejor y se dispersaba menos que dentro del grupo.

En cuanto a la conducta en el marco de las conversaciones con sus compañeros y maestros, en el legajo se informa que a G le costaba respetar los tiempos para hablar y escuchar a los demás y se mostraba distraído e inquieto. Todavía muestra cierta dificultad para respetar los tiempos; como pudo confirmarse en una de las actividades observadas. El psicopedagogo del equipo coordinaba una conversación en la que los alumnos contaban sus experiencias, y dos veces G comenzó a hablar mientras lo estaba haciendo uno de sus compañeros, entonces el psicopedagogo le pidió que esperara a que su compañero terminara de hablar y entonces podría contar todo lo que quisiera. A pesar de esta explicación, G pareció tomar esto como algo negativo, porque se quedó con la cabeza baja y cuando su compañero terminó ya no intentó hablar. Algo similar se pudo observar en otra de las actividades, de la cual se hablará en la parte dedicada a describir las intervenciones del EOE. En ella los niños tenían que compartir sus juguetes y luego la merienda; G tuvo un momento en el que se mostró angustiado y se retiró a un costado con los ojos con lágrimas. Es probable que esto fuera porque alguno de los compañeros le haya dicho algo que lo lastimó, lo que muestra que G es muy sensible en cuanto a sentirse rechazado o querido. En la relación con su maestra, se pudo observar que cuando G se daba cuenta de que ella estaba molesta por su conducta, él se acercaba y la abrazaba con fuerza, como si estuviera asegurándose de que la maestra aún lo quería, a pesar de lo que podía hacer.

Los problemas para desenvolverse en grupos se observaban también en los recreos. Allí se lo pudo ver a G en algunas ocasiones con poca interacción con sus compañeros, en otros momentos en cambio estuvo jugando con ellos, pero luego se lo veía solo caminando o corriendo por el patio, o en un rincón mirando a los demás mientras jugaban. En otras ocasiones, cuando sí establecía intercambios con sus compañeros, se mostraba irritado, angustiado, manifestándose de una manera agresiva con ellos. En algún caso llegó a golpear a un compañero, y entonces se trata de que comprenda que eso está mal, y que tiene que aprender a controlar sus impulsos, y se

trata también de que haga una reflexión acerca de las razones de su enojo y de la forma en que se puede evitar que lo lleve a conductas agresivas con sus compañeros. Estos problemas pueden representar una dificultad para realizar la transición desde el juego solitario hacia juegos más interactivos, transición que Lacunza y Contini de González (2011) consideran fundamental para favorecer el desarrollo de las habilidades sociales.

## 5.2. Intervenciones realizadas por el Equipo de Orientación Escolar (EOE) en el caso de un alumno con TDAH.

El EOE de la institución donde se realizó la residencia está dividido en tres formaciones dedicadas específicamente cada una a un nivel (inicial, primario y secundario). En nivel primario trabajan un psicólogo y dos psicopedagogos que mantienen contactos con diferentes actores de la comunidad educativa (maestras, directivos, padres y, en algunos casos, profesionales externos). El equipo se reúne una vez por mes para intercambiar información y discutir las estrategias implementadas y la necesidad de realizar cambios.

Dentro de las intervenciones realizadas por el EOE se pueden considerar las sesiones de evaluación. En el caso de G. se le realizaron test proyectivos, como el de dibujo libre y la familia Kinética, el test de Bender para evaluar madurez visomotriz y el WISC para evaluar la inteligencia general. Todos ellos figuran en el legajo. También se recurre a técnicas como pedirle al niño que invente una historia corta sobre una imagen o que diga tres deseos. Los resultados de la evaluación con el WISC mostraron que G. no tenía problemas cognitivos y que su inteligencia estaba dentro de la media de acuerdo a su edad. Tampoco se observaron problemas en la construcción visomotriz. Lo fundamental de la evaluación del trastorno del niño se basa en estudios neuropsicológicos realizados por psicólogos externos.

El EOE transmite a las maestras información sobre el trastorno para que éstas puedan conocer más sobre él y tengan una actuación más efectiva en el aula. Esta acción puede considerarse como parte de la psicoeducación que se incluye en los tratamientos conductuales, según Jarque Fernández (2012). En este caso se instruye a la maestra sobre la importancia de priorizar la producción de los niños, para luego pasar a considerar la precisión. También se les recomienda no mandar demasiadas tareas para el

hogar, teniendo en cuenta que en muchos casos será completada por los padres. En general se trata de reducir las tareas al nivel necesario y dejar intervalos entre tareas de manera que los niños puedan descansar. Recomendaciones más específicas aún son, por ejemplo, el utilizar resaltadores de colores para los textos, fomentar métodos participativos que les permitan a los niños sentirse parte del aprendizaje, y hacer más flexibles las pautas de trabajo en el aula, para que un niño con TDAH pueda moverse mientras trabaja sin que esto sea considerado como una falta. Estas recomendaciones apuntan a favorecer la participación de los niños y a lograr un efecto positivo sobre la conducta del alumno en el aula.

En cuanto al trabajo con las habilidades sociales, las intervenciones realizadas por el equipo de Orientación Escolar son variadas y no están específicamente pensadas para G sino que, por lo observado, son grupales y están orientadas para toda la clase. Se estaría dando mayor importancia al nivel general en relación con el específico, de los presentados por Bacete et al. (2013) como parte del abordaje integral de la problemática de los niños con TDAH. A nivel general la intervención se orienta al trabajo sobre la problemática con todos los niños/as de un establecimiento, los maestros y las familias, de forma que se vayan incorporando en las aulas formas de enseñar y aprender que potencien un contexto social positivo. La intervención específica va dirigida particularmente al alumnado en situación de rechazo y a su familia. Dado que serán los docentes los que implementen el programa, será fundamental para la adaptación del mismo en todo momento la conciencia que estos tengan de su rol en el monitoreo y la evaluación del trabajo en las aula (Bacete et al., 2013).

A partir de la observación realizada durante la residencia, se puede decir que el colegio le da mucha importancia a que los niños aprendan a compartir y puedan relacionarse con otros. Hasta el cuarto grado las divisiones funcionan como en la mayoría de las escuelas, es decir que los niños de primero A pasan a segundo A, y los de primero B a segundo B. Pero en el quinto año se mezclan los niños de las tres divisiones, A, B y C. Para llegar a este momento, se los prepara desde el principio con distintas actividades.

Una de esas actividades que se tuvo la oportunidad de presenciar consistía en hacer juegos donde los niños debían compartir cosas que llevaban desde su casa, y



organizarse para que todos pudieran jugar respetando los tiempos de cada uno. Además de aprender a compartir los juguetes, esto les exigía poner en práctica habilidades necesarias para el juego cooperativo, colaborando unos con otros y adaptándose a las iniciativas del compañero, que son todas formas en que se dan las habilidades sociales en niños de esta edad (Kalvin et al., 2015).

También se los animaba para que se hicieran preguntas con sus pares con el objetivo de conocerse entre sí. Este aspecto se relaciona con las habilidades de lenguaje y comunicación (conversar con los compañeros, preguntar y responder, etc.), que son junto con las habilidades antes mencionadas y las necesarias para la comprensión y regulación de las emociones, son mencionadas por Kalvin et al. (2015) como componentes en los que debe enfocarse el entrenamiento en habilidades sociales desde la educación preescolar.

Al final compartían la merienda con galletitas que cada uno había llevado. La idea era que todos probaran lo que habían llevado sus compañeros; cuando llegó ese momento, G. se negó a compartirlas y se alejó a un lugar en donde se ubicó para comer sus galletitas. La psicóloga se acercó a dialogar con él y a convencerlo de que se integrara con sus compañeros. Le explicó que el motivo del encuentro era conocerse, compartir y así hacer amistades más fuertes. A pesar de que al principio G. no parecía muy convencido, terminó sumándose al grupo y compartiendo la merienda con el resto. Este ejercicio puede considerarse una oportunidad para aprender habilidades sociales relacionadas con hacer amistades y realizar actividades de grupo, ambas incluidas por Miranda Casas y Soriano Ferrer (2010) entre las prácticas del entrenamiento típico en habilidades sociales. En este caso la práctica es en una situación real y no a través del role playing que suele usarse en este tipo de entrenamientos. Una actividad como la relatada permite mejorar la situación de aquellos niños como G., que pueden ser rechazados por sus compañeros por su falta de habilidades para relacionarse y su tendencia a alejarse del resto.

También son importantes otro tipo de intervenciones, que están dirigidas a las relaciones entre el niño y los adultos, principalmente con su maestra. En este caso los docentes introducen modificaciones en las pautas para el trabajo en el aula, para adaptarlas a las necesidades de los niños con TDAH. Según lo observado en la

institución los docentes realizan cambios en las tareas, tanto en el contenido como en la cantidad, para que G pueda cumplir con ellas dentro de sus posibilidades. También la maestra recurre a algunas estrategias que tienen que ver con la forma en que se hacen las tareas y con el tiempo. Por ejemplo, ella está más atenta a que el niño haga sus tareas que con el resto de sus compañeros. Para eso sabe que tiene que darle más tiempo para copiar las tareas y que debe asegurarse de que lo haya hecho antes de borrar el pizarrón, indicándole además una forma de resaltarla para acordarse de que tiene que completarla. Por otra parte, si hay algo que considera que el niño no va a poder hacer, o si alguna vez no llegó a copiar alguna de las tareas, se acepta que G lleve menos tareas que el resto de los niños.

Además, la maestra recurre a algunas herramientas especiales que le facilitan a G el trabajo en las evaluaciones, como contar con las tablas de multiplicar para resolver cuentas durante los exámenes de matemática, o con un listado de verbos en los de inglés. Cabe aclarar que más allá de estas ayudas el sistema de calificación no cambia, y que G puede ser reprobado en un examen como los otros niños. Las herramientas mencionadas son las que se utilizaron específicamente en el caso analizado y puede que se agreguen otras a medida que el niño vaya avanzando en su educación. De acuerdo con la forma de trabajo de la institución, las ideas sobre la forma de ayudar al niño a cumplir con sus tareas y con los exámenes son de cada maestra, pero tienen que ser aprobadas por los directivos de la institución.

En el caso analizado la psicóloga también recurre a intervenciones para disminuir las conductas de hiperactividad e impulsividad en G, o minimizar el efecto negativo que dicha conducta tiene en el aprendizaje, en el caso que el cambio no fuera posible. Algunas de estas intervenciones involucran a todo el grupo, y no solamente al G. Por ejemplo, para aumentar el control inhibitorio se implementa el juego de *Simón dice*. Uno de los niños es Simón y va a dar órdenes al resto, que éstos deben cumplir cuando la misma se inicia con las palabras Simón dice... Si el niño simplemente da una orden sin iniciar con estas palabras es cuando no deben cumplir con ella. Esta es una forma de ejercitar la inhibición de los impulsos. De acuerdo con lo expresado por la psicóloga este tipo de juegos son bien recibidos por los niños y se logran buenos resultados con ellos. En la oportunidad en que se pudo observar a G en el juego parecía que lo disfrutaba, o al menos trataba de seguir al resto.

En cuanto a la minimización del efecto que las conductas disruptivas tienen sobre el aprendizaje, una estrategia importante aplicada en la institución consiste en hacer más flexibles las normas dentro del aula, permitiendo mayor libertad de movimientos, por ejemplo dar mayor libertad para ir al baño. Esto no llega al punto de permitirle a niños como G. moverse libremente en el aula, pero es un intento para encausar la conducta más que para controlarla de una manera rígida. Pascual Luengo (2013) recomienda la aplicación de este tipo de estrategias dentro del aula, a través de pautas que le puedan ser de utilidad al docente como guía de actuación y que favorezcan tanto a los niños con TDAH como a sus compañeros. Por ejemplo, según figura en su legajo, entre las conductas de G. se encuentra la de manipular impulsivamente un lápiz golpeándolo contra el banco y haciendo ruido. Frente a esto, en vez de retarlo para que no lo haga, se prefirió reemplazar el lápiz por una goma de borrar, y de esta manera hacía menos ruido, generando menos distracción y al mismo tiempo reducía el estímulo que significaba el golpeteo, haciendo que la conducta disminuyera. Tal como sugiere Pascual Luengo (2013) esta estrategia básica se puede adecuar a las características de un grupo o de un alumno según cuál sea la conducta que se quiere modificar. En la escuela se encontró otra forma de reducir los efectos de la inquietud del niño convirtiéndola en algo útil. Se trata de encargarle tareas que le permitan moverse y al mismo tiempo sentirse útil y responsable. Esto ya fue mencionado al describir las conductas sintomáticas de G en el aula, y aparece como una buena manera de evitar que el niño interrumpa las clases sin tener que castigarlo y generar reacciones más disruptivas de su parte. El EOE considera importante evaluar frecuentemente los niveles de estrés y excitación del niño, identificando aquellas situaciones o momentos en los que los mismos son altos, para intervenir procurando que tenga momentos para relajarse. En el caso de G, su maestra dice que en muchas ocasiones le da al niño un momento para que se libere de la tensión que le produce el tener que seguir el ritmo de la clase. Los encargos que suele pedirle tienen a veces esta finalidad, además de la de cuidar la disciplina del aula, esperando que el niño vuelva más calmado y en mejores condiciones para reincorporarse a la clase.

Las intervenciones anteriores pueden considerarse ejemplos de las que mencionan López et al. (2009) como de gran importancia, y que consisten en adaptar el trabajo educativo a las necesidades del niño con TDAH, permitiéndole mejorar su

desempeño académico y las relaciones con sus compañeros y maestros, y a éstos últimos trabajar con mayor comodidad.

En este sentido, algunas de las estrategias enumeradas por Pascual Luengo (2013), tales como dividir las actividades en tareas más simples, asegurarse que el niño las comprenda y cambiarlas si resultan difíciles para él, fueron reconocidas por la psicóloga de la institución como formas efectivas para mejorar el trabajo en el aula. Además, acuerda con la necesidad de no darles demasiadas tareas a los niños para que realicen en su casa, sino reducirlas a lo mínimo necesario, y establecer un tiempo limitado y realista cuando se trabaja en el aula.

### 5.3. Evolución del niño observada a partir de las intervenciones del EOE.

A partir de las intervenciones realizadas por el EOE y del trabajo de las docentes del establecimiento se pudieron modificar algunas de las conductas de G. que eran problemáticas y afectaban sus actividades escolares. Una de ellas eran los signos de hiperactividad, ya que el niño era muy inquieto y ansioso y solía levantarse en momentos inapropiados, pero en la actualidad se pueden observar cambios positivos. Según el legajo logra quedarse quieto y mantener su atención durante las clases, aunque la maestra todavía tiene que pedirle silencio algunas veces y en otras ocasiones necesita hacerle algún pedido como mandado para que cambie de actividad y se distraiga. Después de esto G. puede volver a la actividad y concentrarse en la clase. A pesar de que su inquietud no desapareció por completo, los refuerzos de la maestra a su comportamiento adecuado y la decisión de cortar con el que resultaba inadecuado incentivando otras conductas es una aplicación de los principios de la terapia de conducta, que se basa en la hipótesis de que el comportamiento de los niños se puede modificar trabajando sobre las asociaciones adecuadas entre conductas y reforzadores (López et al., 2009).

Uno de los problemas que presentaba el niño y sobre los que puede verse una evolución positiva es su capacidad para respetar las consignas y los distintos tiempos en el salón de clases. La adaptación de las tareas y la permanente atención de su maestra permite que G. pueda seguir la clase, aún cuando también en este caso sigue siendo necesario que se le llame la atención en algunas oportunidades. Las intervenciones de la

maestra pueden considerarse formas de moldear el comportamiento del niño para mejorar su atención y concentración, algo que Fernández Redondo et al. (2011) nombran como parte de los tratamientos psicológicos orientados a aspectos particulares de la problemática de los niños con TDAH. De acuerdo a la información que pudo obtenerse del legajo y de entrevista con la psicóloga del EOE, la forma más importante en que la maestra intervino para modificar las conductas de G fue la que Monjas Caseres (2008) distingue como aprendizaje por medio del intercambio de información a nivel interpersonal, es decir, que el niño recibió retroalimentación de su maestra acerca de su comportamiento, alentándolo cuando era adecuado y proponiendo conductas alternativas cuando aparecía alguna de las que eran problemáticas.

Una de las intervenciones de la maestra que tuvieron resultados positivos fue la que utilizó para tratar una de las conductas disruptivas del niño, que consistía en golpear con un lápiz sobre su banco. La maestra cambió el lápiz por una goma y esto redujo el efecto negativo del comportamiento del niño y así mismo hizo que con el tiempo G dejara de hacer esto. También aquí se puede decir que la intervención de la docente está en el marco de la terapia de conducta y que al aplicarse logró terminar con una conducta problema (López et al., 2009).

Según figura en el legajo del niño, éste tenía desde pequeño berrinches cuando se le pedía algo que no podía hacer, frente a lo que respondía gritando y haciendo gestos. También se dice que tenía una actitud desafiante con la maestra en algunas ocasiones, lo que representaba un problema de conducta. Estas formas de comportarse son comunes en niños con TDAH, que presentan conductas agresivas verbales o físicas, y que tienen problemas en la interacción social con otros niños, provocando rechazo ya que se los considera fastidiosos (Willma, 2013).. En el caso de G las maestras consideraban que esta actitud se debía a que no podía manejar las situaciones y sobre todo no podía cumplir con las consignas generales, es decir que más que una negativa a hacer lo que se le pide por simple oposición, lo que le pasaba era que se angustiaba porque no podía responder adecuadamente. La adaptación de las actividades a sus necesidades y la atención especial prestada al niño por la maestra dieron buenos resultados en este sentido. De acuerdo con su legajo, G tiene cada vez menos actitudes de este tipo y es raro que hoy reaccione con gritos y berrinches frente a un pedido de su maestra. En este caso puede ser que la evolución positiva del niño se deba también al

tratamiento que sigue, ya que la medicación tiene entre sus efectos la mejoría en cuanto a la agresividad física y verbal y las conductas antisociales (Soutullo Esperón & Díez Suárez, 2007).

Un punto en el que la evolución de G es muy positiva es el de las relaciones con sus compañeros. Se sabe que los niños con TDAH suelen ser rechazados por sus compañeros o al menos tener una baja aceptación, especialmente cuando son etiquetados como *niños problema*. Desde su incorporación a la escuela a G le costaba conectarse con sus compañeros y maestros, le costaba respetar los tiempos para hablar y escuchar a los demás. En el legajo se destaca la diferencia que existía en su comportamiento entre las actividades en las que tenía que desenvolverse en grupo y lo que sucedía cuando trabajaba solo, en donde podía rendir mejor. A partir de las distintas intervenciones realizadas, incluyendo aquellas que se diseñaron para trabajar con todo el grupo para favorecer las relaciones entre los niños, puede decirse que G tiene ahora menos problemas para conectarse con sus compañeros. Las actividades que la institución realiza para que los niños aprendan a hacer amistades y a compartir dentro de un grupo pueden considerarse dentro de las prácticas del entrenamiento típico en habilidades sociales (Miranda Casas & Soriano Ferrer (2010). En la actualidad G ha mejorado en la relación con sus compañeros, aunque es cierto que se relaciona sólo con algunos niños preferentemente y que su conducta es cambiante, ya que todavía en algunos recreos permanece solo y deambula por el patio, como pudo comprobarse a través de la observación. Pero lo importante es que el niño no es rechazado por sus compañeros, ni se dan peleas o comportamientos violentos, aún cuando a veces cuando juega con otros chicos surgen conflictos que pueden considerarse normales, según afirma la psicóloga del EOE.

También las relaciones del niño con los adultos tuvieron una evolución favorable. Como se dijo anteriormente G tenía un comportamiento de oposición con sus maestras, especialmente cuando sentía que le estaban pidiendo que hiciera algo que no era capaz de hacer. Para su maestra y el EOE el niño ha pasado de una actitud desafiante a una positiva, e incluso da muestras de afecto a su maestra, algo que se pudo observar durante la residencia, donde éste le daba un abrazo a la docente y se mostraba cariñoso. Es posible que el cambio que se puede observar se deba al desarrollo de habilidades sociales en el niño, aunque también puede ser que la atención especial que le brinda la

maestra sea lo que hace que se sienta aceptado y comprendido. Un cambio de este tipo es muy importante para el futuro de G, ya que las habilidades sociales no sólo son importantes para que pueda relacionarse bien con los compañeros o con su maestra, sino que también permiten que el niño se adapte a las normas sociales, por lo que su importancia no se reduce al presente sino que también alcanza al futuro del niño (Redruello, 2007).

En resumen, y considerando el comportamiento general de G en la escuela, puede decirse que hay una evolución positiva, reduciéndose las conductas disruptivas, mejorando la atención y el comportamiento durante las clases y dándole la oportunidad al niño de hacer relaciones con algunos de sus compañeros. Todo esto resulta en un mejor desempeño en la escuela y una reducción de los problemas de conducta que fueron detectados cuando el niño comenzó en la institución.

## 6. Conclusiones

El trabajo realizado en la institución permitió cumplir con los objetivos del TFI, a través de la observación, el análisis del legajo del niño y las consultas a la maestra y a la psicóloga del EOE.

En primer lugar se pudo comprobar que el niño presentaba los síntomas característicos del TDAH y que no tenía comorbilidad con otros trastornos. Las intervenciones realizadas en la institución, que eran parte del segundo objetivo de este TFI, estuvieron focalizadas en el trabajo en el aula y fueron realizadas por la maestra del niño, aunque también hubo algunas actividades planteadas para todos los alumnos que fueron importantes para la evolución del caso analizado, como las que consistían en actividades compartidas, compartir juguetes y la merienda. Por último se pudo comprobar que G tuvo una evolución positiva en su comportamiento y también en su desempeño escolar. Se han reducido claramente las conductas disruptivas, mejoró su atención y concentración en clase y empezó a relacionarse con sus compañeros, aunque todavía su conducta en este sentido es cambiante y puede permanecer aislado durante algunos recreos. También hubo un cambio notable desde una actitud desafiante frente a las maestras a una cariñosa y confiada.

Al considerar lo que sostienen López Soler y Romero Medina (2014) sobre la importancia de la detección temprana para la evolución de un trastorno como el TDAH, puede decirse que en el caso de G fue muy importante que se lo diagnosticara ya durante el preescolar, para que una vez que iniciara la escuela primaria recibiera la atención adecuada y no se viera afectada su posibilidad de adaptarse a las actividades escolares. Con respecto a esto, se destaca también que el niño recibe un tratamiento adecuado y que hay una comunicación permanente entre los profesionales que lo tratan y el EOE. La evaluación permanente de todos los aspectos relacionados con el desempeño en la escuela y con las relaciones sociales, ya sea con sus compañeros o con las maestras, es muy importante para detectar conductas problemáticas y actuar rápidamente (Santos Cela & Bausela Herreras, 2007).

En cuanto a las limitaciones que se encontraron para completar este trabajo, la más importante fue la falta de contacto directo con el niño y con sus padres. Por esta razón no se pudo contar con más información sobre la historia del trastorno del niño y sobre los cambios que se dieron en su conducta, algo que podrían haber aportado sobre todo los padres, contando además cómo fueron esos cambios en el comportamiento de G en su hogar y en sus relaciones familiares. Además, la información que aportó la psicóloga del EOE fue limitada, en parte por el apego al secreto profesional, limitándose a explicar aquello que figuraba en el legajo del niño, como el diagnóstico, los problemas puntuales que había tenido dentro de la escuela y los cambios que habían informado sus maestras.

Teniendo en cuenta estas limitaciones, podría hacerse otra investigación donde el caso elegido permita contar con información de todas las partes, incluyendo la posibilidad de hacer una evaluación al niño para determinar mejor los cambios logrados, así como también una entrevista al profesional que lo trata para comprender mejor las características del caso y la forma en que se decidió el abordaje terapéutico. En cuanto a este último, en otras investigaciones se podría estudiar la forma en que se combinan los efectos de la medicación, que en el TDAH es una parte importante del tratamiento, con las intervenciones psicológicas y psicopedagógicas. En un estudio de caso único como es el presente trabajo, esto podría hacerse con información del psiquiatra infantil que trata al niño acerca de la historia de los cambios en la medicación y sus dosis junto con la información de las psicólogas y psicopedagogas sobre las distintas intervenciones a



las que recurrieron. Sería útil saber qué información compartieron los profesionales durante el tiempo del tratamiento y si los cambios que unos y otros hicieron estuvieron relacionados con la información aportada por sus colegas. Más allá del diseño de caso único, se podría hacer una investigación con un grupo de pacientes tratados con medicación y tratamiento psicológico y psicopedagógico y otro solamente con medicación para analizar las diferencias.

A pesar de las limitaciones mencionadas, este trabajo aporta información acerca de las estrategias que pueden implementarse dentro de una institución educativa para ayudar a niños con TDAH a seguir el ritmo de las exigencias escolares y a tener mejores relaciones con sus compañeros, al mismo tiempo que se facilita la tarea de los docentes. A través de la descripción de lo observado durante la residencia, se puede concluir que las intervenciones psicopedagógicas y psicológicas en el marco de la escuela son necesarias para la integración escolar de niños con TDAH y producen algunos cambios positivos, aunque puedan permanecer presentes algunos de los problemas característicos del trastorno.

En cuanto a las estrategias planteadas por el EOE de la institución, se puede señalar que la mayoría de las que fueron específicamente planteadas para G estuvieron relacionadas con su conducta dentro del aula y su desempeño escolar; en cambio, no hubo intervenciones específicas diseñadas para el entrenamiento en habilidades sociales de G. El desarrollo de las habilidades sociales fue abordado de manera grupal, con actividades que trataban de estimular a todos los alumnos para que establecieran amistades entre ellos y aprendieran a compartir sus cosas y jugar en grupo. Esto significa que en cuanto a las habilidades sociales predominó el abordaje general por sobre el específico, aunque lo que se recomienda es un abordaje integral, que incluya los dos niveles (Bacete et al., 2013).

## 7. Referencias bibliográficas

- Alvárez Menéndez, S. & Pínel González, A., (2015). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en mi aula de infantil. *Revista española de orientación y psicopedagogía*, 26 (3), 141-152.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Betina Lacunza, A., & Contini de González, N. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en humanidades*, 12, 162-167.
- Bierman, K.L., & Powers, C.J. (2009). Social skills training to improve peer relations. En K.H. Rubin, W. Bukowski, & B. Laursen (Eds.), *Handbook of peer interactions, relationships, and groups* (pp. 603-621). Nueva York: The Guilford Press.
- Caballo, V. (2005) Manual de *Evaluación y entrenamiento de las habilidades* (6º Edición) Madrid: Siglo XXI.
- Cava, M. J. & Musitu, G. (2003). Dificultades de integración social en el aula: relación con la autoestima y propuesta de intervención. *Información psicológica*, 83, 60-68.
- De la Peña Olvera, F. (2000). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 43(6), 243-244.
- Delgado, (2010). Niños con déficit de atención por hiperactividad tdah: una realidad social en el aula. *Autodidacta. Revista de educación*. [Online] Recuperado de [http://anpebadajoz.es/autodidacta/autodidacta\\_archivos/numero\\_4\\_archivos/a\\_i\\_c\\_delgado.pdf](http://anpebadajoz.es/autodidacta/autodidacta_archivos/numero_4_archivos/a_i_c_delgado.pdf)
- Díaz Atienza, J. (2006). Comorbilidad en el TDAH. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente*, 6(1): 44-55.
- Fernández Redondo, J.J.; Del Caño Sánchez, M. y Palazuelo Martínez, M. (2011). TDAH. Programa de Intervención Educativa. *International Journal of*

- Developmental and Educational Psychology, 1 (1), 621-628. Recuperado de [http://infad.eu/RevistaINFAD/2011/n1/volumen1/INFAD\\_010123\\_621-628.pdf](http://infad.eu/RevistaINFAD/2011/n1/volumen1/INFAD_010123_621-628.pdf)
- Grañana, N. (2017). Clínica de trastornos de atención y memoria. En N. Fejerman y N. Grañana (Comps.) *Neuropsicología infantil* (pp. 451-470). Buenos Aires: Paidós.
- Jarque Fernández, S. (2012). Eficacia de las intervenciones con niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Anuario de psicología*, 42(1). Recuperado de [www.redalyc.org/articulo.oa?id=97024524002](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=97024524002)
- Kalvin, C., Bierman, K. L., & Erath, S. A. (2015). Prevention and intervention programs promoting positive peer relations in early childhood. *Encyclopedia on Early Childhood Development*. Viitattu, 9.
- Bacete, F. J. G., Lagares, I. J., Tinoco, M. V. M., Casares, M. I. M., García, I. S., Coll, P. F., ... & Ruiz, M. L. S. (2013). Aulas como contextos de aceptación y apoyo para integrar a los alumnos rechazados. *Apuntes de Psicología*, 31(2), 145-154.
- López Soler, C. & Romero Medina, A. (2014). *TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- López, M. (2008). La integración de las habilidades sociales en la escuela como estrategia para la salud emocional. *Revista electrónica de intervención Psicosocial y Psicología comunitaria*, 3 (1), 16- 19.
- López-Martín, S., Albert, J., Fernández-Jaén, A. & Carretié, L. (2010). Neurociencia afectiva del TDAH: datos existentes y direcciones futuras. *Escritos de psicología*, 3 (2), 17-29.
- Miranda Casas, A. & Soriano Ferrer, M. (2010). Tratamientos psicosociales eficaces para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Información psicológica*, 100, 100-114.
- Monjas Casares, M. I. (2000). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar*. Madrid: CEPE.

- Pardos, A., Fernández-Jaén, A., & Martín Fernández-Mayoralas, D. (2009). Habilidades sociales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de neurología*, 48 (2), 107-11.
- Pascual Luengo, E. (2013). *Protocolo de Intervención Educativo con el Alumnado con TDAH*. Recuperado de [WWW.Arpanih.Org/fileadmin/usuario/pdf/protocolo\\_tdah\\_2012.pdf\\_pdf](http://WWW.Arpanih.Org/fileadmin/usuario/pdf/protocolo_tdah_2012.pdf_pdf).
- Fernández Redondo, J. J. F., del Caño Sánchez, M., Palazuelo Martínez, M. M., & de Miguel Sanz, M. M. (2011). TDAH: Programa de intervención educativa. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología*, 1(1), 621-628.
- Redruello, R. A. (2007). Evaluación diagnóstica sobre las habilidades sociales de los alumnos de Educación Infantil: proyecto de formación del profesorado en centros (Centro “La Inmaculada” de Hortaleza); primera parte. *Tendencias pedagógicas*, 12, 111–150.
- Roca, E. (2014). *Como mejorar tus Habilidades Sociales*. Recuperado de <https://www.cop.es/colegiados/.../Habilidades>
- Russo, D., Arteaga, F., Rubiales, J. & Bakker, L. (2015). Competencia social y status sociométrico escolar en niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13 (2), 1081-1091.
- Santos Cela, J. & Basuela Herreras, E. (2007). Propuesta Psicoeducativa de evaluación y tratamiento en niños con TDAH. *Revista Psiquiátrica y psicológica del Niño y del Adolescente*, 7(1), 110-124. Recuperado de LS Cela, EB Herreras - Revista de Psiquiatría y Psicología del ..., 2007 - fundacioncadah.org
- Soutullo Esperón, C. y Díez Suárez, A. (2007). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad)*. Madrid: Médica Panamericana.
- Wilma, R. F. G. (2013). Etiología del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y características asociadas en la infancia y niñez. *Acta de investigación psicológica*, 3(2), 1079-1091.

