

ESTUDIO DE CASOS: LLÉVAME CONTIGO: CONDUCTAS
INTERPERSONALES EN UN ALUMNO CON TRASTORNO DEFICIT DE
ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.



FACULTAD CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN.
DEPARTAMENTO DE MÉTODOS DE LA INVESTIGACIÓN.
TRABAJO FIN DE GRADO.

ESTUDIO DE CASOS: LLÉVAME CONTIGO.

Presentado por Ana Villar Torres

Grado de Pedagogía. Universidad de Granada (curso 2014-2015)

RESUMEN.

Llévame contigo surge de la necesidad compartida por los docentes de evaluar y analizar los tipos de actitudes de un alumno, diagnosticado en este mismo año con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, en diferentes situaciones de interacción social, así como relacionarlas con posibles factores que puedan haber reforzado dichas conductas. Será este último trastorno el originario de un retroceso en las relaciones con sus iguales y en las habilidades sociales. Para su análisis hemos utilizado un instrumento estandarizado, TAISO.

La evaluación de las actitudes agresivas tendrá como consecuencia la elaboración de un plan de intervención para modificar y mejorar las conductas que interfieren en la competencia social. Este se llevará a cabo durante un periodo de un mes en sesiones de 80 minutos aproximadamente, dentro del aula de apoyo a la integración y al aprendizaje donde serán partícipes el profesorado, la familia y los iguales.

Los resultados obtenidos de la intervención han sido positivos tanto para el sujeto de estudio como para su entorno social más cercano y significativo. Mejoro sus conductas agresivas y alcanzo un alto nivel de asertividad en sus interacciones.

PALABRAS CLAVE: déficit de atención, hiperactividad, dificultades de aprendizaje, necesidades educativas y habilidades sociales.

ÍNDICE.

INTRODUCCIÓN.....	1
1. MARCO TEÓRICO.....	2
1.1 Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	
1.1.1 Presentación	
1.1.2 Subtipos del trastorno por déficit de atención e hiperactividad.	
1.1.3 Trastornos asociados	
1.1.4 Relación del trastorno de déficit de atención con hiperactividad con el trastorno disocial	
1.2 Relaciones sociales en niños con trastorno de déficit de atención con hiperactividad	
2. PRESENTACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE CASO.....	7
3. METODOLOGÍA.....	9
3.1 Instrumento de valoración	
3.2 Procedimiento	
3.3 Resultados	
4. PLAN DE INTERVENCIÓN.....	13
4.1 Objetivos	
4.2 Actividades	
4.3 Recursos	
4.4 Temporalización	
4.5 Evaluación	
5. RESULTADOS.....	18
6. CONCLUSIONES.....	19
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21
ANEXOS.....	22

INTRODUCCIÓN.

El trabajo realizado recibe el nombre de “Llévame contigo”, orientado a la modificación de conducta y fundamentado en el análisis y estudio de un caso específico de un alumno con déficit de atención e hiperactividad, pudiendo ser este trastorno el causante de las conductas agresivas que presenta en sus interacciones sociales. Esta fue la principal necesidad educativa a la que nos enfrentamos con nuestra intervención.

Tras una observación participante inicial, después de haber sido diagnosticado y derivado al aula de apoyo, y tras las primeras tutorías con el profesorado empezamos a observar que teníamos ante nosotros un caso al que deberíamos hacer frente, transformando ciertas actitudes inadecuadas, que podían ser agudizadas por el entorno familiar y social del alumno.

El objetivo principal de este proyecto ha sido mejorar las conductas negativas que el alumno presentaba hacia su entorno e iguales, ya que había llegado a un punto en que los compañeros pasaron de implicarse en su mejora a ignorar sus conductas disruptivas. La finalidad de este trabajo es por tanto mejorar contenidos actitudinales como: la atención, memoria, relajación, movimientos excesivos y molestias a los compañeros. Para su consecución propusimos una serie de actuaciones y actividades en base a una metodología, elaborada a partir de las características de un alumno con trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Varios estudios han identificado los posibles factores que pueden influir en la evolución del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, gracias a estos estudios contamos en la actualidad con técnicas que nos permiten desarrollar estrategias de intervención temprana más efectivas en las aulas. De estos estudios se recogieron resultados donde se confirmó el papel desempeñado por las características estresantes del alumno como factor de riesgo en el curso del trastorno. Colomer, Casas, Herdoiza y Presentación (2012).

Por su parte Lavigne y Romero (2010) definen este trastorno como un trastorno severo que ocasiona en quien lo presenta serios problemas para el control ejecutivo del comportamiento, causante de afectar a los problemas de enseñanza y aprendizaje, adaptación familiar, escolar y social. Manifestando dificultades para controlar su comportamiento hacia un objetivo determinado con anterioridad, pensar antes de actuar

y aprender de experiencias pasadas, prestar atención, seguir instrucciones, planificar y organizar la tarea. Estas manifestaciones afectan de manera directa a sus relaciones sociales. Estos autores vuelven a resaltar la importancia de la implantación de una propuesta adecuada de intervención. Ya que es un trastorno que afecta de manera directa a padres, a iguales, al entorno educativo y a los propios alumnos que lo manifiestan.

Para el estado de la cuestión de este estudio se hace necesario presentar el trastorno por déficit de atención por hiperactividad, así como sus subtipos y trastornos asociados (trastorno disocial) y explicar las relaciones sociales que presentan con el entorno.

1. MARCO TEÓRICO.

1.1 Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

1.1.1 Presentación.

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es definido por Lavigne y Romero (2010) como un trastorno producido por un retraso en el desarrollo neuropsicológico, que provoca “disfunciones en los mecanismos de control ejecutivo e inhibición del comportamiento y a sus funciones ejecutivas como implicadas directamente en el proceso de enseñanza y aprendizaje, y en el proceso de adaptación familiar y social” (p.30). Por otra parte, este trastorno es hereditario y además pueden existir factores de riesgo durante el embarazo y el nacimiento (Larsson, Chang, D’Onofrio y Lichtenstein, 2014; Ketzer, Gallois, Martinez, Rohde y Schmitz, 2012; Rivera-Flores, 2013). Teniendo como base fisiopatológica una disfunción del circuito frontoestriatal que involucra la corteza prefrontal y a relación con los núcleos de la base, tálamo y cerebelo según Fernández-Mayoralas, Fernández-Jaén, García-Segura y Quiñones-Tapia (2010). Estas características clínicas guardan una relación directa con las alteraciones personales que presenta el sujeto, sus relaciones interpersonales y la imposibilidad de controlar sus comportamientos impulsivos.

Ha sido recogido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-IV), como un trastorno del desarrollo infantil que se caracteriza por una serie de conductas de inatención, hiperactividad e impulsividad. Entre los criterios que utiliza este manual se deben manifestar al menos seis síntomas de desatención o de

impulsividad, las conductas problemáticas se deben de manifestar en dos ambientes diferentes, en los que el niño interactúe, deben de existir pruebas claras de un deterioro en la actividad social y por último los síntomas no serán explicados por otra patología mental. Por su parte en la nueva edición del Manual Diagnóstico Estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) se plantea la unificación de dos de los subtipos de este trastorno que hasta el momento recogía el DSM-IV , estos son el combinado y el inatento , desde un punto de vista cognitivo.

Los modelos teóricos coinciden en afirmar que el trastorno déficit de atención e hiperactividad (en adelante TDAH) es un trastorno del desarrollo, cuya sintomatología varía a lo largo del tiempo y persiste hasta la edad adulta (Barkley, Fischer, Smallish y Fletcher, 2006; Barkley y Gordon, 2002; Barkley, Murphy y Bush, 2001; Kessler 2005).

Jara Segura (2000, p.36) afirma que “el TDAH es un síndrome conductual heterogéneo, caracterizado por síntomas de impulsividad, hiperactividad e inatención, apareciendo en mayor o menor medida dependiendo de cada caso particular. Se pueden solapar con otros síntomas de trastornos relacionados como, (DSM IV), la frustración, arrebatos emocionales, disfobia, baja autoestima, problemas escolares, C.I variable, rechazo de compañeros, conflictos con profesores e interacciones familiares negativas. Son los síntomas asociados, como trastornos específicos cognitivos o conductuales, los que afectan al proceso de aprendizaje y a la adaptación social del sujeto”.

Mabres, M. (2012), relaciona los síntomas del trastorno con las estructuras de la personalidad del niño, es decir, existe relación entre las interacciones con el entorno y las competencias que desarrolla en éstas desde los primeros años de vida. Teniendo en cuenta los factores sociales, familiares, psicológicos y biológicos.

1.1.2 Subtipos del trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Según American Psychiatric (2002, p.99) “La mayor parte de los sujetos presentan tanto síntomas de desatención como de hiperactividad- impulsividad, predominando en el sujeto alguno de estos patrones. El subtipo apropiado para cada persona debe indicarse en función de patrón sintomático predominante durante los 6 meses”.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado. Nos encontraremos en este subtipo si durante seis meses han existido al menos unos seis

síntomas de desatención y síntomas de hiperactividad e impulsividad. La mayor parte de los niños y adolescentes con este trastorno se incluyen en este subtipo.

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio de déficit de atención. Estaremos ante este subtipo si han persistido seis o más síntomas de desatención durante seis meses y menor número de síntomas de hiperactividad. En la mayoría de estos casos la hiperactividad puede ser tan solo una característica clínica significativa, mientras en otros, son estos problemas los más frecuentes.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo. En este caso predominan durante seis meses al menos seis síntomas de hiperactividad-impulsividad pero menor número de síntomas de desatención.

“La hiperactividad es conocida como hipercinesia, se caracteriza por una actividad psicomotora exagerada, lo que significa que las acciones y actos físicos ocurren a una velocidad exagerada para la edad del sujeto”. Van-Wielink (2005, p.15).

Para su tipificación se sigue un procedimiento en el cual algunos sujetos que al principio presentaban un tipo de predominio de déficit de atención o tipo con predominio hiperactivo-impulsivo pueden llegar a desarrollar el tipo combinado o a la inversa. El subtipo del trastorno se indicará a partir del patrón sintomático dado durante los últimos seis meses en el sujeto. Debemos de tener en cuenta que si se mantienen los síntomas significativos pero no se cumplen los criterios de ninguno de los subtipos estamos hablando de un déficit de atención con hiperactividad de remisión parcial. Si los criterios a tener en cuenta no se cumplen en el momento del diagnóstico y no se tiene claro si se han dado con anterioridad estaremos hablando de un déficit de atención con hiperactividad no especificado.

1.1.3 Trastornos asociados.

Las características que prevalecen en estos trastornos asociados varían en torno a la edad y estado evolutivo de la persona, incluyendo una baja tolerancia a la frustración, arrebatos emocionales, autoritarismo, testarudez, insistencia excesiva para satisfacer sus necesidades, labilidad emocional, desmoralización, disforia, rechazo por parte de los compañeros y baja autoestima. Estas características pueden ser causantes de un bajo

rendimiento académico que origina conflictos familiares, con el profesorado y con los iguales. Según Mabres, M. (2012):

- La labilidad emocional oscila entre la tristeza y la euforia, baja tolerancia a la frustración que genera irritabilidad y oposición, llegando al descontrol de la impulsividad.
- Los trastornos disociales y del comportamiento caracterizados por conductas destructivas, actitudes desafiantes y retadoras y la transgresión de normas e imposiciones sociales.
- Los trastornos específicos del desarrollo, afectan al aprendizaje y a la adquisición del lenguaje, derivados del mismo fallo en la organización precoz que afecta a los esquemas básicos sensoriomotores y a las funciones cognitivas y de simbolización.
- Alteración secundaria del rendimiento escolar, problemas de adaptación al entorno derivados del comportamiento. Generan en el niño un descenso de la autoestima, vivencia de desvalorización y desánimo, dudas sobre su capacidad intelectual, sentimientos de marginación injusta y comportamientos de sumisión pasiva agresiva o actitudes de revancha desafiante y de negación ante las dificultades.

Las relaciones familiares se caracterizan por ciertos resentimientos, a causa de los síntomas del trastorno. Se llegan a observar conflictos familiares e interacciones negativas con los padres, los cuales intentan disminuir estos conflictos mediante un tratamiento satisfactorio.

Los niños con este trastorno presentan un grado escolar inferior al de los compañeros de la misma edad, alcanzando menos logros profesionales. Su nivel intelectual tiene una gran variabilidad, los alumnos con déficit de atención con hiperactividad pueden presentar una capacidad intelectual por debajo del promedio o situarse en la línea de la superdotación.

El trastorno puede llegar a afectar a su adaptación social, familiar y académica. La hiperactividad provoca un rechazo de los compañeros mientras que tratándose de un predominio de déficit de atención provocará actitudes socialmente pasivas.

1.1.4 Relación del trastorno de déficit de atención con hiperactividad con el trastorno disocial.

La concurrencia del trastorno déficit de atención con hiperactividad con otros trastornos, perturbadores por el comportamiento, es muy elevada. Durante la primera infancia puede ser difícil diferenciar los síntomas de trastorno por déficit de atención con hiperactividad con ciertos comportamientos propios de la edad en los niños activos. Podemos hablar del trastorno disocial que puede estar muy ligado al trastorno, su característica principal es un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los demás y las normas sociales. En función de la edad del inicio del trastorno se establecen dos tipos, nos centraremos en el tipo de inicio infantil, se define por el inicio de alguno de los síntomas en los 10 primeros años de edad. Estos sujetos suelen ser niños que despliegan violencia física sobre otros niños, tienen relaciones problemáticas con sus compañeros, pueden haber manifestado un trastorno negativista desafiante durante los primeros años de la infancia y suelen presentar actitudes que les lleven a satisfacer todas sus necesidades. Estos sujetos suelen desarrollar un trastorno antisocial de la personalidad en su etapa adulta si no se ha llevado con ellos un tratamiento efectivo.

1.2 Relaciones sociales en niños con trastorno de déficit de atención con hiperactividad.

Las relaciones sociales son necesarias para el sano desempeño de la personalidad del niño, el 50% de los niños con déficit de atención por hiperactividad tienen problemas de adaptación social con sus iguales (Pelham y Bander, 1982). La alteración de sus relaciones sociales deriva de los síntomas del propio trastorno. La impulsividad e inatención rompen la armonía de las conductas que se producen en las interrelaciones sociales. Esto lleva a que el niño abandone el juego, quiera obtener sus derechos sin miedo a violar los de los demás y en consecuencia los iguales acaban por evitarlos, pasando de una preocupación porque su compañero mejore a evadirlo. Se ha estudiado que los fracasos en las relaciones interpersonales agravan el trastorno de déficit de atención con hiperactividad. (Van-Wielink, G. 2005).

Pascual-Castroviejo, I. (2008) expone que el comportamiento impulsivo agresivo está muy ligado a la actitud posicional desafiante, siendo esta característica en las personas con hiperactividad, reaccionando de manera impulsiva, de modo que

encuentran siempre un motivo para sentirse ofendidos y agredir a alguien. Estos sujetos, generalmente son más agresivos cuando se ven protegidos por un grupo de individuos. Este autor recoge que en numerosos estudios el grupo de individuos por el que el sujeto se siente protegido suelen ser mayores que él.

2. PRESENTACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DEL CASO.

Nuestro alumno tiene 12 años, cursa el primer curso del tercer ciclo de educación primaria en un colegio de la localidad de Granada, mismo centro donde inició su escolaridad infantil. No promocionó en el segundo curso de segundo ciclo de primaria, suceso que fomentó la adquisición de competencias en las áreas de lengua, matemáticas y conocimiento del medio, pero que a su vez coincidía con un retroceso en habilidades comunicativas y actitudinales hacia los demás. Este suceso coincidió con la separación de sus padres y por tanto, con una desestructuración familiar que también la formaba un hermano mayor, este hecho pudo afectar en sus conductas disruptivas, que se daban cada vez con más frecuencia. El padre recibió en ese año una orden judicial por abusos psicológicos y posibles abusos físicos a la madre. Su familia posee un nivel medio-bajo, tanto económico como cultural.

El alumno empezó a asistir a terapia de forma semanal en el mismo año en el que ocurrieron los hechos anteriormente mencionados, en ésta intervendría su familia de manera quincenal. Dicha terapia se ha ido llevando a cabo hasta el momento por un psiquiatra y un psicólogo en el Hospital Materno Infantil de Granada. Este equipo de profesionales ha realizado estudios con el alumno sobre la influencia del sueño. En este primer estudio se obtuvieron diversos resultados: el alumno presentaba dificultad a la hora de iniciar el sueño y desvelos nocturnos debido a la presencia de pesadillas. Una vez obtenidos los resultados se elaboró y se ofreció a la familia recomendaciones para una higiene en el sueño del alumno, pero no se descartó una posible relación con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. De estos resultados concluyeron que esto podría ser la base al estudio del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. También se realizaron estudios sobre el cociente intelectual, obteniendo un CI cerca de la media adecuada para su edad. En este mismo año 2015, ha sido diagnosticado por el trastorno de déficit de atención con hiperactividad derivándolo al aula de apoyo específico del colegio. Es en esta aula cuando tengo un contacto más directo y significativo con el alumno.

Mediante una primera observación detectamos que el alumno presentaba más conductas agresivas con docentes, educadores y pedagoga terapéutica (P.T.) del género femenino, que con el resto de docentes masculinos. Una vez que el alumno empezó a asistir al aula de apoyo a la integración y al aprendizaje donde nosotros nos encontramos iniciamos una observación participante donde analizamos durante las primeras semanas sus diferentes conductas y revisamos sus documentos psicopedagógicos para conocer con exactitud el caso y su evolución (documentos que no pueden ser públicos debido a la protección de datos del centro).

Con respecto al sujeto podemos afirmar, en base a estudios psicopedagógicos que se le realizaron en el año 2014 por un equipo terapéutico del Hospital Materno Infantil, que presenta:

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
- Un CI total de 77, según la Escala de Wechsler WISC-IV, es decir, un CI bastante homogéneo a nivel de escalas respecto a su edad. Por lo que no precisa de una adaptación curricular y todos los contenidos y objetivos que se le exigen pertenecen a su curso.
- Presenta un estilo cognitivo en el que adquiere el papel de sujeto impulsivo, presentando dificultades para concentrar su atención lo que ocasiona interrupciones y errores del conocimiento.
- Conductas disruptivas antisociales: impulsividad, escaso control de su conducta, inatención e irrupción en clase y una baja planificación.

De todas las peculiaridades del alumno sujeto de estudio, nuestra intervención se centra directamente en la modificación de sus conductas mejorando su atención, planificación de tareas y control del comportamiento.

La intervención debe comenzar proporcionándole al alumno información para que comprenda su problema y valore la importancia del tratamiento, para así poder solucionarlo, para lo cual necesitamos que obtenga técnicas de relajación que le permitan escucharse a sí mismo y evaluar su propio comportamiento. En segundo lugar se deberán potenciar los procesos psicológicos a fin de guiar su comportamiento, enseñándole técnicas y estrategias específicas como el entrenamiento en habilidades sociales y emocionales. Para que estos pasos resulten eficaces debemos hacer comprometerse públicamente al niño a esforzarse para cambiar su comportamiento por

lo que crearemos un contrato de contingencia mediante acuerdos negociados con el orientador, los profesores los padres y el propio niño (Contrato que no se puede hacer público ya que fue creado por el alumno, recogiendo los acuerdos a los que estaba dispuesto comprometerse).

3. METODOLOGÍA.

Para el análisis del caso nos hemos basado en un instrumento estandarizado, TAISO, que como veremos a continuación, gracias a sus resultados hemos podido conocer las conductas interpersonales del alumno y planificar un plan de actuación con él.

3.1 Instrumentos de valoración.

El objetivo principal de este proyecto fue identificar las actitudes que el alumno presentaba ante diversas interacciones sociales para una posterior intervención. El TAISO, Test de Evaluación de Actitudes ante la Interacción Social, de los autores: García-Pérez, Magaz, García-Campuzano, Gandarias y González (2000). A través del instrumento planteamos al alumno 25 situaciones de interacción social ante las que se solicita que indique cual sería su comportamiento al encontrarse en cada una de estas. Para la descripción de estas situaciones contábamos con tarjetas estímulo, las cuales fueron descritas de manera verbal, ofreciendo al sujeto dos opciones de respuesta cerrada y una alternativa de respuesta abierta.

Éste instrumento puede ser aplicado de manera individual, con una duración de 15 a 30 minutos a sujetos con edades comprendidas entre los 8 y 12 años de edad.

Las variables que evalúa son:

- Actitudes agresivas. Falta de respeto a los demás.
- Pasivas, falta de respeto a sí mismo.
- Asertivas, respeto a sí mismo y a los demás.

Además de este instrumento se han utilizado otras fuentes de información de donde hemos obtenido datos de nuestro alumno, observaciones previas mediante una observación participante, informes psicopedagógicos facilitados por el centro y entrevistas con el profesorado y con el tutor.

3.2 Administración y procedimiento.

En el procedimiento metodológico se siguieron una serie de pasos entre los que destacamos:

- Evaluación Inicial. Se recogieron datos sobre el alumno, entorno familiar, entorno cultural y social, y recursos económicos. Para ello hemos necesitado informes psicopedagógicos que se hayan llevado a cabo a lo largo de su escolaridad, entrevistas con el profesorado y un estudio del contexto donde se mueve el alumno.
- Análisis de datos y toma de decisiones: para ella necesitamos del consenso de los educadores que mantenían mayor contacto con el alumno, por lo tanto concertamos una tutoría con estos agentes, donde hablamos sobre las inquietudes que este caso tenía. En esta tutoría se discutió sobre las posibles necesidades en las que centraríamos nuestra atención e intervención.
- Diseño curricular del plan de intervención: Una vez obtenidos los resultados anteriores y haber leído sobre el caso que nos ocupa, establecimos unos principios en los que basarnos para la elaboración de nuestra intervención educativa. Posteriormente a su diseño llevamos a cabo su puesta en marcha, donde realizamos tutorías semanales con los padres y profesores sobre las actuaciones que se iban llevando a cabo con el alumno y de esta manera llevaríamos un seguimiento sobre sus avances y nuevas necesidades que pudieran presentarse. Por tanto estamos hablando de una evaluación continua y gradual.
- Como evaluación final volvimos a pasar al alumno el instrumento TAISO y valoramos la intervención que llevamos a cabo durante cuatro semanas.

Este instrumento ha sido diseñado para administrarlo de manera individual, por lo que la muestra de la investigación es de sujeto único, antes de comenzar aseguramos la buena disposición que presentaba el alumno al ayudarnos con esta tarea, durante la administración del instrumento se mantuvo sentado frente a mí, siendo yo la que

recogería sus respuestas, coloque las tarjetas delante de él por el reverso que correspondía con su género. Fui describiendo de una en una las tarjetas con las que contábamos y el alumno elegiría una de las tres opciones que le ofrecería A, B, C, cuestionando en cada una de ellas si el actuaría de forma diferente.

Estamos ante un instrumento cualitativo donde se valoraran las respuestas del alumno atendiendo a los siguientes criterios:

- Se codificará como respuesta agresiva, aquella que represente un daño o molestia para quien recibe la acción del niño.
- Se codificará como respuesta pasiva, aquella que represente aceptar un daño o molestia significativa para el niño o bien constituya una forma de inhibición total.
- Se codificará como respuesta asertiva, aquella en la que se represente una interacción social en la que nadie resulta perjudicado o molesto. Protegiendo tanto su bienestar como el de los demás.

La finalidad del test es conseguir identificar si se trata de un alumno con un perfil actitudinal agresivo, es decir, en sus interacciones siempre intenta beneficiarse, aun siendo a costa de los demás, pasivo-agresivo si observamos que es una combinación de ambos o asertivo, cuando trate de cuidarse a sí mismo sin tratar de perjudicar a los otros.

3.4 Resultados.

Una vez evaluadas las respuestas ofrecidas por el sujeto, de manera cualitativa valorando de esta forma las respuestas ofrecidas por el alumno, en diferentes situaciones de interacción social obtuve tres puntuaciones directas de las cuales concluí que el alumno presentaba un 64% de conductas agresivas ante las situaciones descritas, unos 20% correspondientes a conductas pasivas y tan solo un 16% de conductas asertivas.

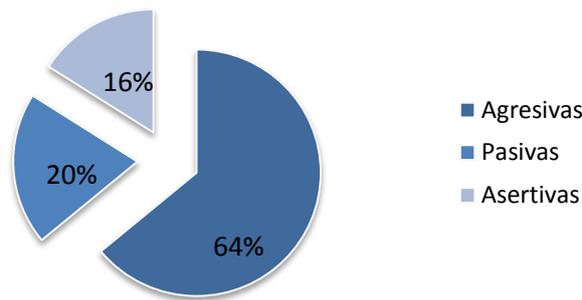


Gráfico 1. *Porcentajes de las conductas observadas.*

(Creación propia).

Por tanto podemos hablar de un alto porcentaje de conductas agresivas, correspondientes a la ausencia de habilidades asertivas en el alumno. Las conductas agresivas en la infancia pueden ser favorecidas por factores biológicos, ambientales, cognitivos, sociales y de la personalidad. Este comportamiento no está determinado por sus genes, sino básicamente por la experiencia vivida en interacción con esos genes. Este tipo de conductas están ocurriendo en la infancia del sujeto por tanto no podemos hablar ni determinarlas como trastorno específico, sino de un trastorno puntual del comportamiento arraigado por numerosos factores como los citados anteriormente. Los sujetos que muestran comportamientos agresivos en determinadas situaciones son propensos a mantener este tipo de conducta y mostrando consistencia, ya que hasta el momento ha sufrido un desconcierto en si su forma de actuar es la adecuada o no. Estas actitudes agresivas indican un nivel elevado de exigencias con los demás, no tolerando sus gustos, preferencias y características.

También presenta un alto índice de actitudes pasivas que indican en el alumno un elevado nivel de exigencias consigo mismo. Este estilo de interacción social es propio de las personas inseguras y con una baja autoestima, que no respetan a los demás ni llegan a valorar sus logros, estas personas acumulan la ira de experiencias de frustración personal y de ciertos tipos de agresión por parte de los demás.

En ambas actitudes registradas anteriormente se debe discutir: un posible deterioro del clima social, pudiendo aparecer el fenómeno Bullying, debiendo controlar de esta forma las conductas agresivas del sujeto y síntomas de posibles problemas de de

ansiedad y depresión. En ambos casos la presencia de dichas conductas en nuestro alumno pone de manifiesto la ausencia de habilidades asertivas en el alumno. Dato que corroboramos al observar el bajo porcentaje obtenido en conductas asertivas, conductas que pueden ser reforzadas por el medio y con las cuales habrá que trabajar.

Las respuestas asertivas son indicadores de los gustos, deseos, preferencias y características. Indicadores fundamentales en la interacción social con los iguales, ya que son comportamientos que expresan aceptación y respeto tanto hacia las características propias como hacia las de los demás. Estos comportamientos son propios de personas independientes y seguras de sí mismas que buscan y desean el máximo bienestar para ellas y para los demás y que guían su comportamiento hacia el respeto y la tolerancia.

Por tanto una vez evaluados los resultados obtenidos podemos indicar que el alumno, presenta un perfil actitudinal agresivo, el cual persigue su beneficio a costa de los demás. En base a los resultados hemos notado la necesidad de elaborar y llevar a cabo un plan de intervención que mejore las conductas del alumno en relación con sus relaciones interpersonales, creando relaciones afectivas entre el sujeto y sus iguales y fomentando de manera indirecta su autoestima y habilidades tanto sociales como emocionales. Para este plan de intervención necesitamos la ayuda de toda la comunidad educativa, docentes, tutores, padres, educadores e iguales.

4. PLAN DE INTERVENCIÓN.

La intervención propuesta está basada en las características del alumno y en dar respuesta a las necesidades que presenta en las interrelaciones con sus iguales. Estas características serán recogidas a través de: informes, observación participante y de los datos obtenidos a través del instrumento estandarizado TAISO. Para la puesta en marcha de este plan hemos seguido las directrices recogidas en la metodología, proponiendo tratamientos referidos a la mejora de su comportamiento ante las relaciones sociales.

4.1 Objetivos.

El objetivo a conseguir mediante la intervención ha sido:

- Mejorar las conductas que muestra en sus relaciones interpersonales mediante el desarrollo de conductas positivas que establezcan relaciones afectivas entre el sujeto de estudio y sus iguales.

Para su logro planteamos unos objetivos específicos que se intentarán conseguir a lo largo de la intervención, estos son:

- Reconocer las propias capacidades y limitaciones, y aceptarlas para mejorar el control del propio comportamiento.
- Aprender técnicas de relajación que pueda aplicar en situaciones conflictivas.
- Aumentar las habilidades para el establecimiento y el mantenimiento de las relaciones sociales satisfactorias.

Para la consecución de los objetivos llevamos a cabo una serie de actividades distribuidas en un periodo de un mes, en sesiones semanales de una hora y 20 minutos, dos días a la semana. Siguiendo el siguiente modelo de intervención:

Objetivo General:

Mejorar las conductas que el alumno muestra en sus relaciones interpersonales mediante el desarrollo de conductas positivas que establezcan relaciones afectivas entre el sujeto de estudio y sus iguales.

Objetivos Específicos:

Actividades:

Reconocer las propias capacidades y limitaciones y aceptarlas para mejorar el control del propio comportamiento.	Fichas de las emociones. Economía de fichas.
Aprender técnicas de relajación que puedan aplicarse en situaciones conflictivas.	Ejercicios de relajación: <i>Puedo controlar mi cuerpo.</i> Ejercicios de memoria y atención: <i>Valoro lo aprendido y aprendo de ello.</i>
Aumentar las habilidades para el establecimiento y mantenimiento de las relaciones sociales satisfactorias.	Resolución de problemas: <i>Pongo de mi parte.</i> Cortos de resolución de conflictos: <i>Puedo</i>

4.2 Actividades.

Las actividades se desarrollaron en el aula específica donde se trabajaba con el alumno de manera diaria, en sesiones de 80 minutos, diferentes a las de apoyo escolar, de esta manera el alumno se sentiría más cómodo y no impedirá el curso de su aprendizaje curricular, siendo por el contrario un reforzador del aprendizaje.

Todas las sesiones comenzaron con ejercicios de relajación en los que se utilizaron técnicas de respiración, con el fin de iniciar la sesión de manera calmada e ir tomando esas técnicas como recursos para posibles situaciones que puedan provocarle ansiedad. Estos ejercicios fueron diferentes en las distintas semanas que tuvo lugar la intervención. Esta primera actividad se denominó: *Puedo controlar mi cuerpo*. Su duración fue de 10 minutos en el comienzo de cada sesión. (Ver anexo 1).

Una segunda actividad, *Valoro lo aprendido y aprendo de ello*, de una duración aproximada a los 10 minutos. Hablamos sobre la última sesión, el niño evocará de esta manera lo que recordaba y le añadiríamos lo que había olvidado y podría a su vez ser relevante. De esta forma se potenció la cronología interna del sujeto. Técnica que nos permitió trabajar con la memoria y la atención, esenciales para ayudarle a estar más en el contenido de los sucesos que ocurrían en su día a día en diferentes contextos.

En la tercera actividad, *La ruleta de las emociones*, se hacían preguntas sobre sucesos ocurridos en los días en los que no nos habíamos visto. Su duración era de 10 minutos, utilizando una ficha llamada: *ficha de las emociones*, en la que el alumno seleccionaba la emoción con la que se ha sentido más identificado. De esta forma abríamos paso a una comunicación en la que hacíamos pensar y era capaz de hacer aportaciones personales que le permitan evaluar las situaciones acontecidas en esos días e intentar buscarle una solución (Ver anexo 2).

La cuarta actividad tuvo una duración de 20 minutos, los utilizaríamos para hacer actividades de solución de problemas: *Pongo de mi parte*, en las que el sujeto debe responder como actuaria ante determinadas situaciones. Las situaciones fueron presentadas en forma de viñetas. En estas actividades potenciamos sus habilidades

sociales y emocionales. La intervención durara cuatro semanas por lo que cada semana se trabajara principalmente con una habilidad y emoción.

En la quinta actividad, *Puedo ayudar a resolverlo*, que duraba 20 minutos, visualizamos un corto donde al niño le presentamos un conflicto al que él debería de poner solución, una vez visto el corto debatiríamos lo ocurrido y ambos fuimos dando nuestro punto de vista dejando claro que ambos eran validos y que ayudaban aun más a darle solución, ya que lo que se le escapaba a uno lo pudo haberlo tenido en cuenta el otro. De tal forma que le otorgamos responsabilidad sobre un caso como los que ocurren diariamente en la clase al que el alumno tenía dar respuesta.

La última actividad de cada sesión tenía una duración de 10 minutos, donde me reunía con los padres del alumno para hablar de la pequeña evolución que podría ir teniendo. En casa también se trabajaría de manera transversal mediante una *economía de fichas* en las que si el sujeto mostraba conductas adecuadas a diferentes situaciones que iban surgiendo obtendría un premio final. Contamos con la ventaja que es un niño muy competitivo y que siempre intenta lograr lo que se propone por lo que intentaría lograr la meta fijada.

4.3 Recursos.

Para la realización de las actividades que hemos desarrollado en el plan de intervención contaremos con una serie de recursos, entre los que destacamos:

- Recursos humanos: Alumna en prácticas, que llevará a cabo el desarrollo de las diferentes actividades. PT, Maestra y pedagoga que me ayudaran en diferentes ocasiones para que la intervención sea efectiva. Por último también contaremos con la ayuda de los padres a los cuales involucraremos en nuestra intervención.
- Recursos ambientales: La intervención se llevará a cabo en el aula de apoyo ya que el niño está familiarizado con esta, favoreciendo de esta forma un clima adecuado para la consecución de los objetivos.
- Recursos materiales: para la puesta en práctica de las actividades es necesario la preparación de unos recursos que necesitaremos para su marcha. Ficha de las emociones, viñetas situacionales, técnicas de relajación para cada una de las semanas de la intervención, cortos y economía de fichas.

4.4 Temporalización.

Como anteriormente expuse el tratamiento se llevó a cabo en las cuatro semanas del mes de abril, en estas sesiones se realizaban las mismas actividades variando la temática y los recursos.

Mes de Abril.	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
1ª semana		1ª sesión		2ª sesión	
2ª semana	3ª sesión		4ª sesión		
3ª semana		5ª sesión		6ª sesión	
4ª semana	7ª sesión		8ª sesión		

4.5 Evaluación.

La evaluación de la intervención tendrá un carácter continuo siendo esta inicial, continua y final. Siempre se irá proporcionando información sobre lo que el alumno va adquiriendo, tanto a padres como a los principales profesores. Estableciendo de esta forma un feed-back.

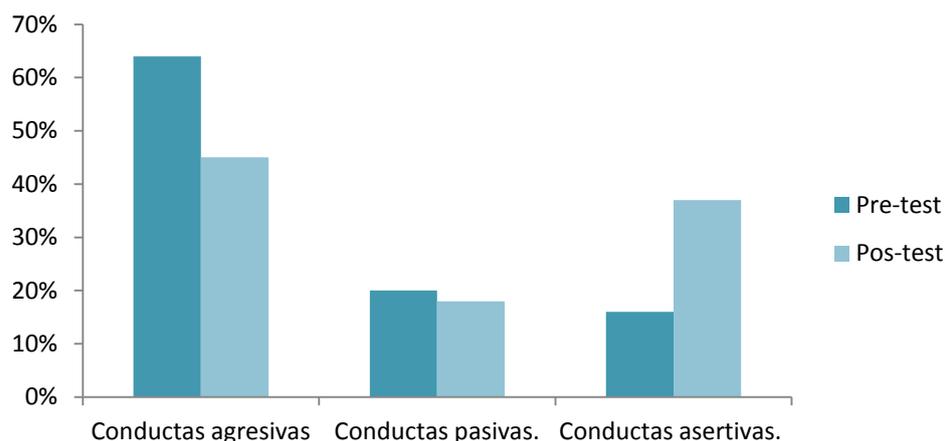
En la evaluación inicial se recopilará toda la información oportuna para situarnos en la realidad de la que partimos, revisando así documentos ofrecidos por el centro, entrevistas realizadas al alumno y a los padres y la información recogida mediante nuestro instrumento estandarizado, TAISO.

La evaluación continua se llevo a cabo a través de pequeñas tutorías con los padres en los últimos minutos de las sesiones donde se dialogaba sobre el avance del sujeto, también en cada sesión se analizarían las tareas realizadas por el sujeto y se tendrían también en cuenta las impresiones intercambiadas con sus demás profesores.

Por último realizaremos una evaluación final cualitativa mediante entrevistas con los padres, docentes e iguales acerca de comportamiento que ha experimentado el sujeto en este tiempo y además volveremos a pasar nuestro instrumento estandarizado TAISO, para poder demostrar si nuestra intervención ha tenido resultados positivos y se ha conseguido nuestro objetivo propuesto con la intervención.

5. RESULTADOS.

Los resultados ofrecidos tras la puesta en práctica de nuestra intervención con el alumno se presentan en forma de cambios lentos e imperceptibles para personas ajenas a la rutina del sujeto, pero si es cierto que las personas más cercanas afirman notar un cambio en su comportamiento, atención y relajación ante situaciones que en otras ocasiones acabarían frustrándole. Esta transformación se muestra durante el desarrollo de la intervención, mediante el aumento de frecuencias asertivas a la hora de darle solución a casos a los que tenía que enfrentarse, logro de técnicas de relajación que según tutor y padres ponía en práctica en situaciones de estrés. Por lo tanto podemos afirmar que ha logrado algunos de los objetivos que se propondrían anteriormente con la intervención y que además se ha iniciado en la consecución de todos ellos. Los resultados obtenidos en el pos-test nos reafirman este cambio visto por el entorno, obteniendo esta vez:



Grafica 2. Porcentajes de conductas observadas.

(Creación propia).

Podemos decir que a nivel general los resultados han sido positivos, el sujeto presenta ahora un mayor número de conductas asertivas. Ha comenzado a desarrollar habilidades sociales y emocionales en las interacciones interpersonales, ha comenzado a aceptarse a sí mismo, conociendo y siendo crítico de sus fortalezas y debilidades, y tiene comportamientos adecuados teniendo en cuenta el bienestar de sus iguales. Se puede observar que las conductas agresivas son cada vez menores, esto acentúa a su vez la presencia de habilidades que anteriormente mencionábamos. Las conductas pasivas

apenas han variado, esto puede indicar que el sujeto aun presenta un alto nivel de exigencias consigo mismo que puede tener relación con la autoestima y con factores sociales y familiares. La intervención ha tenido consecuencias positivas, pero podemos afirmar que un inconveniente ha sido el tiempo disponible para su desarrollo.

6. CONCLUSIONES.

Cuando empezamos a trabajar con el alumno observamos que las personas que mejor trato tenían con el eran con las que menos habilidades sociales ponía en práctica. No respetaba a su entorno, por lo cual también se faltaba el respeto a sí mismo. Con esta intervención hemos conseguido que le dé importancia a los consejos que los demás les aportaban mejorando así su atención e interés hacia los demás.

Estoy de acuerdo con Mabres, M. (2012), cuando considera que el sujeto de estudio debe ser evaluado en la red de relaciones con su entorno, como un sistema holístico que no puede ser explicado solamente por sus partes. Nuestros resultados afirman que los comportamientos que el sujeto tiene hacia sus iguales y su entorno están condicionados por factores ambientales, sociales y familiares, por lo que para su intervención deberá ser necesario incluir el entorno, ya que esto fomentará la adquisición de habilidades sociales y emocionales haciéndole sentir bien consigo mismo y con el entorno, modificando de cierta forma su manera de comportarse.

Entendemos, tal como afirma Panksepp (2001) que algunas de las características de la personalidad de los niños surgen como consecuencia entre las interacciones con sus vulnerabilidades, sus fortalezas y los acontecimientos con el entorno. Nuestro alumno ha vivido situaciones que han marcado su personalidad y esto ha llevado a mostrar un trato autoritario con los demás. Es cierto como expone Ansermet (2006) que la experiencia en los sujetos deja una huella psíquica y sináptica con numerosas connotaciones. Las emociones vividas en la primera infancia moldean determinadas predisposiciones en la personalidad del niño.

En los numerosos estudios hemos observado las consecuencias que a corto plazo presentan los tratamientos con fármacos, que pueden llegar a atenuar o en ciertos casos a enmascarar los síntomas, sin que el sujeto aprenda nada sobre sí mismo. Lo verdaderamente significativo en el tratamiento con niños que presentan el trastorno de déficit de atención con hiperactividad es obtener beneficios a largo plazo sobre el

funcionamiento de los alumnos. Por tanto, el conocimiento de estas investigaciones nos lleva a asegurar que es de vital importancia la intervención precoz tanto en los niños como en las familias de éstos, siendo necesaria la intervención psicopedagógica una vez diagnosticado el síndrome. El tratamiento necesario debe presentar una relación significativa donde puedan aprender de la experiencia y descubrir su capacidad para conocer sus sentimientos y los de los demás. Todo esto es lo que se ha pretendido obtener mediante este estudio de casos.

Esta experiencia no solo ha ayudado al sujeto sino que a mí me ha hecho crecer tanto profesionalmente como personalmente, debo dar las gracias por todo lo que he aprendido y por lo que no.

Quiero dejar un pequeño sentimiento sobre este último paso de un largo camino: *De pronto el gusano se convirtió en mariposa. Una mariposa muy bella, con cientos de colores, conseguía volar alto, muy ágil, Supongo que le ayudaban los polvos mágicos que su Peter Pan le regaló los últimos días antes de la transformación. La mariposa voló, y llevó su luz y su color por todas las partes del mundo, regando con su sonrisa las caras de aquellos que son capaces de ver con los ojos del corazón y que a ella le habían aportado un valioso aprendizaje (Reflexión de creación propia).*

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- American Psychiatric Association, (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.
- Catroviejo, I.P. (2008). *Hiperactividad ¿Existe frontera entre personalidad y patología?*
- Colomer, C., Casas, A., Herdoiza, P. & Presentación, M.J. (2012). Funciones ejecutivas y características estresantes de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 54, 117-126.
- Fernandez, D.M., Fernandez, A., García, J.M. & Quiñones, D. (2010). Neuroimagen en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 50, 125-133.
- Jara, A. (2000). El TDAH, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en las clasificaciones diagnósticas actuales. *Norte de Salud Mental*, 35, 30-40.
- Ketzer, C.R., Callois, C., Martinez, A.L., Rohde, L.A. & Schmitz, M. (2012). Is there an association between perinatal complications and attention-deficit / hyperactivity disorder- inattentive type in children and adolescents? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34 (3), 321-328.
- Larsson, H., Chang, Z., D' Onofrio, B.M. & Lichtenstein, P. (2014). La heredabilidad del trastorno de hiperactividad con déficit de atención clínicamente diagnosticado durante toda la vida. *Psychological Medicine*, 44 (10), 2223- 2229.
- Lavigne, R. & Romero, J.F. (2010). Modelo teórico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad 1: Definición Operativa. *Electronic Journal of Research in Educación Psychology*, 8 (3), 1303- 1338.
- Mabres, M. (2012). *Hiperactividades y déficit de atención, comprendiendo el TDAH*. Barcelona: Octaedro.
- Madrid: Díaz Santos.
- Rivera- Flores. (2013). Etiología del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y características asociadas en la infancia y a la niñez. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(2), 1079- 1091.
- Van-Wielink, G. (2005). *Déficit de atención con hiperactividad: Estrategias, habilidades, diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Trillas.

ANEXO 1

Ejercicios de relajación: Puedo controlar mi cuerpo.

- Primera semana: sesión 1 y 4 de abril.

Como un globo. Esta técnica de relajación está destinada a incrementar la relajación en el alumno y a tomar control corporal. Ambos nos tumbaremos en una colchoneta e iremos inspirando muy lentamente dejando que el aire entre por nuestros pulmones y abdomen. Para fomentar la actividad crearemos un clima cálido utilizando música relajante para evitar cualquier estímulo que haga distraernos. En la sesión posterior introduciremos un globo, el objetivo es ir hinchándolo hasta donde podamos, con un ritmo lento y posteriormente dejaremos escapar el aire sintiendo como el globo se va quedando vacío. La finalidad del globo no es que llegue a inflarse sino que controlemos nuestro cuerpo e impulsividad mediante la respiración diafragmática.

- Segunda semana: sesión 6 y 8 de abril.

Para estas sesiones incluiremos la técnica de contracción- distensión, consiste en contraer un músculo o grupo de músculos durante unos segundos e ir aflojando la contracción de manera progresiva. Así conseguiremos la relajación muscular.

La tortuga que se esconde. Nos tumbaremos boca abajo, somos una tortuga que va a ir escondiendo su cabeza y replegando sus patas, hasta que solo se vea el caparazón. Debemos haber encogido todos los músculos de brazos, piernas y cuello. A continuación indicaremos al niño que el sol empieza a salir y que la tortuga vuelve a asomar muy despacio su cabeza y estirando sus extremidades.

- Tercera semana: sesión 14 y 16 de abril.

La siguiente actividad fomentará la espera del sujeto y el autocontrol de la impulsividad.

La carrera de caracoles. Competimos con el alumno en una carrera como caracoles. Pero con la diferencia que en esta carrera el ganador será el último en llegar. De esta manera se ejercitarán movimiento sumamente lentos y se trabajará el autocontrol de la impulsividad.

- Última semana: sesión 20 y 22 de abril.

Esta técnica se basará en la consecución de las autoinstrucciones. Se pretenderá modificar las verbalizaciones internas y modificar estas por mensajes más apropiados para lograr los éxitos. Se trabaja a su vez con la motivación interna que debemos tener ante cualquier actividad. Se aprenderá de un modo adecuado como resolver los fracasos, hacer frente a estos y aumentar la resistencia a la demora de las recompensas.

Retransmitiendo al jugada. Para ello vamos a utilizar un juego de cálculo mental, en una ficha aparecerán diferentes operaciones que la terapéutica debe ir realizando y el debe ir dando mensajes positivos que ayuden a esta a conseguir su meta. En la segunda sesión se repetirá el ejercicio pero ahora será a el mismo a quien de mensajes a de ánimo en la consecución de la tarea.

ANEXO 2

La ruleta de las emociones.

Para esta actividad utilizamos una ruleta abandonada que había en el aula y nos pusimos a crear nuestra propia ruleta a la que llamamos ruleta de las emociones.



Finalidad de la actividad: conseguir que el alumno sea capaz de iniciar un viaje lleno de retos hacia el interior. Aprendiendo gracias a los puntos básicos de la inteligencia emocional, reconociendo y expresando las emociones, aprendiendo a comunicarse y a escuchar, conectando con los sentimientos de los demás a través de la empatía y creando vínculos y habilidades sociales.

Mediante los minutos de su duración acompañaremos al alumno con una intención definida, aportaremos el tesoro propio de cada persona a la hora de relacionarse y comunicarse con su entorno, es decir, las habilidades sociales.

Además de esta ruleta creamos una ficha con diferentes retos, lo que conseguíamos que cada jugada fuera distinta.

Para expresar emoción de alegría, tristeza, enfado, miedo, vergüenza, sorpresa, envidia y tranquilidad no se pueden utilizar términos como: alegría, dolor, ira, temor, sofoco, asombro, celos y bienestar.

Cuando el alumno quería expresar su emoción comenzaría diciendo: He sentido en mi interior (la emoción que el elija) y las personas que me rodeaban se han comportado (explicando cómo fue la situación que le llevo a esta emoción.)

No en todas las sesiones se trabajaba de esta misma forma con la ruleta, sino que en otras ocasiones el alumno explicaría la emoción con atributos contrarios. Esto indica que los retos estaban preparados previamente por nosotros y en cada sesión variaban de una u otra forma.