

# El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y la estrategia del refuerzo positivo

**Autor:** Ortiz Ortiz, Antonia María (Maestra. Especialidad en Educación Infantil).

**Público:** Maestros. **Materia:** Pedagogía Terapéutica. **Idioma:** Español.

**Título:** El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y la estrategia del refuerzo positivo.

## Resumen

En este Trabajo de Fin de Máster se realiza un estudio de caso sobre un niño con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad que presenta conductas inadecuadas. Los dos objetivos del estudio de caso, por un lado, minimizar/eliminar dichas conductas, y por otro lado, contribuir al desarrollo de su autorregulación. Se trata de llevar a cabo una estrategia de intervención a través de diversas actividades que permitan la participación activa del alumno en la regulación de su propio comportamiento.

**Palabras clave:** Trastorno, conducta, tratamiento, regulación, programa.

**Title:** Attention Deficit Hyperactivity Disorder and positive reinforcement strategy.

## Abstract

In this Final Master's Project, a case study is carried out on a child with Attention Deficit Hyperactivity Disorder who presents inappropriate behaviors. The two objectives of the case study, on the one hand, to minimize / eliminate these behaviors, and on the other hand, to contribute to the development of their self-regulation. The aim is to carry out an intervention strategy through various activities that allow the student's active participation in the regulation of their own behavior.

**Keywords:** Upheaval, conduct, treatment, regulation, program.

Recibido 2018-03-28; Aceptado 2018-04-04; Publicado 2018-04-25; Código PD: 094141

## INTRODUCCIÓN

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos más comunes en la infancia con una prevalencia del 5% en los niños en la mayoría de las culturas, siendo más frecuente en varones (APA, 2013).

Una de las causas más plausibles del TDAH es su origen neurobiológico y, según nos muestra la comunidad científica, las funciones ejecutivas juegan un papel muy relevante en su vinculación con el TDAH (Barkley, 1998; Diamond, 2005; Jiménez, 2012; Miller, Loya y Hinshaw, 2013). Estas funciones permiten guiar nuestras acciones a través de autoinstrucciones que implican concentración y prestar atención, para autorregular el comportamiento con un fin concreto (Barkley, 1998; Burgess y Simons, 2005; Diamond, 2005). Además, están implicadas en la construcción del razonamiento, resolución de problemas y tareas de planificación.

La base genética del TDAH se encuentra actualmente bien establecida. En familiares de primer grado la probabilidad de padecer el trastorno se multiplica entre dos y ocho veces si se lo compara con la población general. Asimismo, están presentes factores ambientales que modulan la expresión fenotípica, por ejemplo: fumar durante el embarazo, contextos sociales adversos y patología parental, entre otros (Scandar, M., & Bunge, E., 2017).

Además, Del Corral, P. (2003), "considera que los problemas psicopatológicos de los padres, así como una escasa supervivencia por partes de éstos de la conducta de sus hijos y un sistema muy punitivo de disciplina, aumentan los síntomas del TDAH".

Los síntomas principales del TDAH son el déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad, los cuales dificultan la adaptación del niño además de dar lugar al desarrollo de problemas secundarios, como problemas de comportamiento, dificultades en el aprendizaje escolar, problemas de relación social y/o alteraciones emocionales, baja autoestima, causando un deterioro significativo en la actividad social, académica y familiar (Maciá, 2012).

El DSM-5 (APA, 2013) establece los siguientes criterios diagnósticos del TDAH:

#### Inatención

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

1. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades.
2. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas.
3. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
4. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales.
5. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
6. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
7. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades.
8. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas.

#### Hiperactividad e impulsividad

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:

1. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
2. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado.
3. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado.
4. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
5. Con frecuencia está “ocupado,” actuando como si “lo impulsara un motor”.
6. Con frecuencia habla excesivamente.
7. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta.
8. Con frecuencia le es difícil esperar su turno.
9. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros.

Aunque se debe tener en cuenta que no todos los niños con este trastorno manifiestan los mismos síntomas y con la misma intensidad. Siendo la caracterización de los subtipos de TDAH según el DSM-5 (APA, 2013) la siguiente clasificación:

- TDAH-C: presentación actual combinada. Si se cumplen el criterio de inatención e hiperactividad-impulsividad durante los últimos 6 meses.

- TDAH-I: predominante con falta de atención. Si se cumple el criterio de inatención) pero no se cumple el de hiperactividad-impulsividad durante los últimos 6 meses.

- TDAH-HI: presentación predominante hiperactiva/impulsiva. Si se cumple el criterio de hiperactividad-impulsividad y no se cumple el de inatención durante los últimos 6 meses.

- TDAH sin especificar. Especificar: en remisión parcial (no se cumplen todos los criterios en 6 meses). Especificar la gravedad: leve, moderada y grave.

El TDAH puede coexistir con uno o más trastornos, siendo los más comunes: los trastornos de conducta; los trastornos del estado de ánimo; los trastornos de ansiedad; los tics y el síndrome de Tourette; y las discapacidades de aprendizaje.

Según el DSM-V el TDAH es un trastorno caracterizado por una alta comorbilidad, ya que más del 50% de los niños con TDAH presentan otros problemas de conducta y/o emocionales.

Según el DSM-5 (APA, 2013) “Se estima que la prevalencia del TDAH se sitúa en el 3 y el 5 % en los niños de edad escolar” (pág.86). Presentando estos alumnos más dificultades de aprendizaje que el resto de la población infantil, y siendo este hecho, uno de los principales motivos de consulta y de fracaso escolar.

Por lo que, la importancia de la atención a la diversidad queda recogida a través de la siguiente normativa estatal y autonómica (Región de Murcia):

- En el artículo 71 de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, modificado por la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa, se establece que corresponde a las Administraciones educativas asegurar los recursos necesarios para que los alumnos y alumnas que requieran una atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar necesidades educativas especiales, por dificultades específicas de aprendizaje, TDAH, por sus altas capacidades intelectuales, por haberse incorporado tarde al sistema educativo, o por condiciones personales o de historia escolar, puedan alcanzar el máximo desarrollo posible de sus capacidades personales y, en todo caso, los objetivos establecidos con carácter general para todo el alumnado.

- En el Capítulo I del Decreto n.º 359/2009, de 30 de octubre, por el que se establece y regula la respuesta educativa a la diversidad del alumnado en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia se establecen los principios y fines que orientan la atención a la diversidad del alumnado y sobre los cuales ha de sustentarse la respuesta educativa, fundamentados en la búsqueda continua de formas de responder a la diversidad del alumnado, en la participación de todos los agentes y sectores de la comunidad educativa y en el fomento y desarrollo de buenas prácticas en los centros escolares.

- La Resolución de 17 de diciembre de 2012, de la Dirección General de Planificación y Ordenación Educativa por la que dictan orientaciones para la atención educativa del alumnado que presenta dificultades de aprendizaje, tiene por objeto dictar orientaciones para la atención educativa del alumnado que presenta dificultades de aprendizaje, entre ellos, el alumnado con TDAH.

Este fin que recoge el marco normativo de inclusión para todo el alumnado, la búsqueda continua de formas de responder a la diversidad del alumnado y en la participación de todos los agentes de la comunidad educativa, hay que destacar la presencia del Equipo de Orientación Educativo y Psicopedagógico, así como la figura del maestro especialista de Pedagogía Terapéutica (PT) del centro, quien informa, ayuda y orienta al maestro-tutor e interviene de forma individualizada con este tipo de alumnado facilitándole su integración en el aula.

Siendo los distintos tratamientos del TDAH los siguientes:

- El tratamiento combinado.
- El tratamiento farmacológico.
- El tratamiento psicoeducativo (padres y profesores).
- El tratamiento cognitivo-conductual (padres, profesores y niño).

Diferentes estudios han demostrado una mayor eficacia en el tratamiento psicológico conductual-cognitivo del TDAH que se centra en el niño, en los padres y en la escuela; utilizando programas de entrenamiento a padres y profesores con técnicas operantes (reforzamiento, extinción, economía de fichas, coste de respuesta, etc.) y técnicas cognitivo-conductuales con el propio niño (entrenamiento en autocontrol, resolución de problemas, entrenamiento en autoinstrucciones, etc.) (Del Corral, 2003; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica del TDAH, 2010; National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; Pelham y Fabiano, 2008).

Según la Guía de Práctica Clínica sobre el TDAH en niños y Adolescentes (2011), esta terapia cognitivo-conductual ha demostrado evidencia científica para el TDAH y se recomienda como tratamiento inicial para el TDAH en niños menores de 5 años. Lo que ha demostrado la evidencia científica en cuanto a la eficacia de las intervenciones psicológicas en el TDAH es que dichas se basan en los principios conductuales tanto con los pacientes como con los padres o los profesores (Pascual, S., 2012).

Por lo que, el objetivo del estudio es conocer la eficacia del programa cognitivo-conductual en un niño con TDAH que presenta conductas inadecuadas, a través de una de las estrategias de intervención específicas, el refuerzo positivo para mejorar su comportamiento.

La hipótesis inicial en la que nos basamos es que con una correcta intervención a través de la estrategia del refuerzo positivo del niño y con la colaboración del tutor y supervisión del maestro especialista de Pedagogía Terapéutica, se pretende mejorar el patrón conductual que manifiesta, adquiriendo habilidades que le hagan comportarse de una manera más adaptada.

Para ello, nos planteamos las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cómo organizar el tiempo de trabajo en el aula?
- ¿El refuerzo positivo le va a generar una mayor autoestima?
- ¿Qué ambiente se debe fomentar en el aula para ayudarle a mejorar su autocontrol?

## MÉTODO

Nos ubicamos en un centro de la Región de Murcia localizado en una zona costera en la que el nivel económico y sociocultural de las familias es medio-bajo, debido a una alta presencia de inmigración, y donde la ocupación de las familias es mayoritariamente en el sector agrícola, de la construcción y de la pesca.

En cuanto al diseño de la propuesta de intervención la llevamos a cabo en un centro público de educación infantil y primaria (CEIP Manuela Romero) desde la posición de la labor docente de la maestra especialista de Pedagogía Terapéutica (PT) y del currículo correspondiente.

### Participantes

El método trata de hacer un estudio a un alumno de 1º curso de Educación Primaria con TDAH y necesidades específicas de apoyo educativo asociadas a un comportamiento disruptivo.

El estudio se realizará durante las sesiones de P.T. y se realizarán actividades en sesiones individuales en diferentes contextos y situaciones, y en grupo para comparar cómo es su comportamiento en cada una de ellas. El objetivo del estudio de caso es incrementar las conductas adecuadas debido a que en clase presenta mal comportamiento, gritos, falta de atención y no acatar órdenes ni respeta normas, delimitando las conductas que se desea incrementar, disminuir o eliminar, llevándose a cabo a través de la observación directa y sistemática, y el registro de éstas.

En el estudio de caso los participantes serán la tutora de aula y la maestra especialista de P.T. que supervisará al alumno con el que se trabajará en sesiones individuales en el aula de P.T. y en el grupo-clase, según la actividad que se vaya a realizar.

El estudio se basa en un estudio publicado por la revista electrónica de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes y se titula "Tratamiento cognitivo-conductual de conductas disruptivas en un niño con TDAH y trastorno negativista desafiante", donde se realiza el diseño de una intervención específica en el contexto escolar para examinar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en las conductas disruptivas y de desobediencia de un niño con TDAH.

### Instrumentos

Para contrastar nuestra hipótesis, debemos obtener la información pertinente para diseñar una intervención ajustada a las necesidades del alumno y conocer la eficacia de la estrategia del refuerzo positivo para incrementar las conductas adecuadas en el niño dentro del contexto escolar a través del programa cognitivo-conductual. Para recoger dichos datos, vamos a utilizar los siguientes instrumentos de evaluación: Entrevistas, cuestionarios, escalas de apreciación/evaluación, registros de observación y pruebas psicométricas clínicas.

- Entrevista a la maestra tutora para obtener previa información del niño con el fin de especificar y delimitar la clase de conductas que la tutora entiende que constituyen el problema, aportando dicha información en una parrilla de observación sobre situación, antecedentes, conducta, consecuencias, duración e intensidad de la conducta (véase Tabla 1).

- Cuestionario de Situaciones Escolares (Barkley, R. A., Murphy, K. R., Bauermeister, J.J. & AvilaLopez, D., 1998) para conocer en qué situaciones los déficits atencionales del niño provocan más problemas y conocer las respuestas de la tutora ante dichas conductas.

- Formulario para profesores de la Escala de apreciación de conductas en niños (Achenback y Edelbrock, 1982), con el objetivo de sondear los tipos de conductas que David manifiesta y utilizarlo, posteriormente, para valorar el antes y después de la intervención.

- Escala T del Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes (BASC; Reynolds y Kamphaus, 2004), que evalúa una amplia gama de dimensiones patológicas y dimensiones adaptativas que pueden resultar útiles para conocer al niño. Ésta evalúa tanto dimensiones positivas como negativas del individuo.

- Entrevista con la maestra especialista de P.T. para recopilar toda la información de la que disponía hasta el momento del niño, sus datos biográficos y de la familia, su historia evolutiva, los antecedentes personales, la historia del problema y el tratamiento llevado a cabo hasta el momento.

- Entrevista con el niño para fomentar nuestra relación y explicarle el propósito de la intervención.

- Prueba psicométrica clínicas para valorar la presencia de posibles problemas comórbidos relacionados con su trastorno, el Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS, Gillis, J. S., 2003), que permite efectuar una rigurosa exploración psicológica de los trastornos de ansiedad en niños de los primeros niveles de escolaridad.

## Procedimientos

El objetivo propuesto es el de instaurar o potenciar la manifestación de conductas adecuadas y disminuir o eliminar la frecuencia de las conductas inadecuadas. La hipótesis inicial en la que nos basamos es que con una correcta intervención de la estrategia del refuerzo positivo del tratamiento cognitivo-conductual con el niño y la colaboración de la maestra tutora, se conseguirá cambiar el patrón conductual que manifiesta, adquiriendo habilidades que hagan comportarse al niño de una manera más adaptada.

El programa de intervención constará de tres sesiones de 60 minutos aproximadamente durante cinco semanas y se desarrollará en sesiones individuales y de grupo. Las actividades se llevarán a cabo bajo la supervisión de la maestra especializada en P.T.

En una primera sesión se va a observar el tipo de conductas disruptivas que presenta el niño durante el tiempo que permanece en el centro escolar, tanto en clase, como en pasillos y patio. Estas conductas se van a mostrar en una tabla acompañadas de la frecuencia, duración e intensidad de cada una de ellas una escala de 0 a 10. Por lo que, la técnica primordial de acercamiento y conocimiento de la realidad será la observación del alumno.

En la segunda sesión, la intervención se lleva a cabo con el grupo-clase, se van a decidir y consensuar entre todos cuáles son las normas que se deben cumplir para exponerlas en un panel visible en el aula, elaboradas con fotos de los propios alumnos cumpliendo la norma (en forma positiva), así mismo consensuar la consecuencia del no cumplimiento.

En la tercera sesión individual con el niño elaboramos un panel de conductas a reforzar, en el que al final de la jornada escolar la maestra lo revisa con él para comprobar las normas y ponen un sello de en forma de corazón en las conseguidas, y si son las establecidas en el día elige una pegatina de las que le gustan (los dibujos animados La Patrulla Canina) y al final del panel se coloca una estrella de campeón (“Ya sé hacerlo”).

Para ello, vamos a utilizar el ordenador portátil Samsung. Microsoft Windows 10 Home 64 bit., y la cámara de fotos digital Sony, la dramatización corporal de situaciones, una parrilla de observación, un panel o mural de fotografías que representen las normas y un panel de conductas.

Para ver los resultados obtenidos tras realizar las sesiones de intervención haremos una comparación de la puntuación obtenida inicialmente y al final del niño en tabla de conductas, frecuencia, duración e intensidad.

Respecto al código ético de investigación, este estudio de caso se realiza bajo los principios éticos que deben regir la investigación con sujetos humanos. *Participación voluntaria, libre e informada de los sujetos [DH; CEDM; GEME; IR1999; D2001/20/CE; RD561/1993]. Universidad de Sevilla.* Ya que participa en la investigación un menor, por lo que se ha aportado a la tutora el consentimiento firmado otorgado por escrito por su madre, y una copia del mismo firmada por el estudiante a la madre del menor, en el que se informa sobre las características de la participación en el estudio científico

llevado a cabo por el estudiante, así como de que los datos personales serán protegidos en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y de acuerdo con el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de Desarrollo de la misma. Además de que en cualquier momento podría ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose al estudiante. Además, se ha tenido en cuenta la opinión y los deseos del menor, ya que se va a realizar el estudio desde una perspectiva lúdica, ya que contamos en estas edades con la motivación natural hacia el juego.

## RESULTADOS

El objetivo general que se planteaba al inicio de la intervención con el niño era disminuir y/o eliminar la frecuencia de las conductas disruptivas que presentaba, así como instaurar y potenciar la emisión de conductas adecuadas, ya que presenta dificultades de atención, se suele mostrar inquieto, coger rabietas y le cuesta obedecer órdenes.

Llevamos a cabo una evaluación inicial, para conocer la frecuencia, duración e intensidad de sus conductas problemáticas durante el tiempo que permanecía en el colegio, ya fuese en el aula, pasillo o patio de recreo (ver Tabla 1).

En esta evaluación previa, a través de una observación inicial, se tienen en cuenta además de las habilidades sociales del niño, sus necesidades y demandas para plantear los objetivos de la intervención, identificar las condiciones que mantienen el comportamiento y seleccionar los medios más útiles para producir los cambios deseados y, posteriormente, valorar los resultados alcanzados.

*Tabla 1. Evaluación inicial del alumno. (Conductas disruptivas antes de la intervención)*

Conducta	Frecuencia semanal	Duración (minutos)	Intensidad (0-10)
Levantarse de su silla	7	10	6
Desobedecer	7	15	7
Empujar	6	10	7
Gritar	8	15	9
Escupir	9	10	9
Tirar sillas	6	10	8
Romper material del aula	7	10	8
Dar patadas	8	15	7

Como podemos observar, las conductas se presentaban con una frecuencia de 2 o 3 veces al día durante los cinco días que el niño asistía al colegio. En cuanto a la duración y en base a los registros, se presenta una duración entre diez y quince minutos con una intensidad media de 8 en una escala de 0 a 10.

Después se ha llevado a cabo la intervención con la supervisión de la especialista de Pedagogía Terapéutica (P.T.), en la que se le explicó al niño el funcionamiento del refuerzo positivo, se le expusieron y explicaron detalladamente las conductas que se le iban a reforzar y los refuerzos que iba a obtener si lo conseguía, con el fin de que fuese capaz de progresivamente controlar sus propias conductas disruptivas. Respecto a la clase, la intervención consistió en dividirlos en cinco grupos y en cada uno de ellos se consensuó y estableció una norma para el aula, siendo éstas: trabajar en silencio, sentarse correctamente, terminar el trabajo, respetar a los compañeros y profesores, y cuidar el material del aula. Siendo la respuesta del grupo-clase dinámica y participativa en todo momento.

Al finalizar la intervención se ha realizado una evaluación final de los resultados obtenidos (ver Tabla 2). El método de evaluación (inicial y final) de la intervención con el niño ha sido la misma parrilla de observación para comprobar si se han cumplido o no los objetivos propuestos, si se han obtenido las conductas deseadas o si han desaparecido las no deseadas, entre otros aspectos.

*Tabla 2. Resultados de la evaluación final del alumno.*

Conducta	Frecuencia semanal	Duración (minutos)	Intensidad (0-10)
Levantarse de su silla	5	10	5
Desobedecer	6	10	6
Empujar	5	10	7
Gritar	6	15	7
Escupir	7	10	7
Tirar sillas	5	10	6
Romper material del aula	5	10	6
Dar patadas	6	15	6

Por lo que, exponemos a continuación un cuadro comparativo de la pre-intervención y la post-intervención (ver Tabla 3), exponiendo los resultados.

*Tabla 3. Comparación pre-post intervención*

Conducta	Frecuencia semanal		Duración (minutos)		Intensidad (0-10)	
	<i>Pre-</i>	<i>Post</i>	<i>Pre-</i>	<i>Post</i>	<i>Pre-</i>	<i>Post</i>
Levantarse de su silla	7	5	10	10	6	5
Desobedecer	9	6	10	10	7	6
Molestar	7	7	15	15	7	6
Empujar	8	5	15	10	6	7
Gritar	6	6	10	15	7	7
Escupir	8	7	15	10	9	7
Tirar sillas	9	5	10	10	9	6
Romper material del aula	6	5	10	10	8	6
Dar patadas	7	6	10	15	8	6

Tras los resultados obtenidos, cabe destacar que aunque no se han eliminado ninguna de las conductas disruptivas que presentaba al principio de la intervención, sí que han mejorado las relacionadas con la interiorización de las normas de aula que se decidieron en grupo-clase y se consensuaron sus consecuencias como, no romper material del aula, no gritar, empujar, y las relacionadas con la adecuada organización del tiempo a través de las rutinas, como estar sentado durante la realización de su tarea, no cambiarse de su zona de actividad correspondiente para ir a molestar a los compañeros. También se ha producido un descenso en el nivel de intensidad en el resto, y por ello, se puede observar una gran mejoría en el comportamiento y actitud del niño.

Ha mejorado significativamente su disposición a realizar sus tareas y a ayudar, aunque sigue teniendo problemas de concentración en las que no le gustan, de ahí que se mantenga la conducta de levantarse de su silla aún. Presta más atención a las demandas de la maestra, aunque ésta tiene que insistirle, pero pierde menos el control y no se muestra tan agresivo con sus compañeros, por lo que tiene una mejor relación social con ellos.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Con este estudio de caso se ha planteado mostrar los resultados de una intervención específica en el contexto escolar, siendo el objetivo del estudio: conocer la eficacia del programa cognitivo-conductual en un niño con TDAH que presenta conductas inadecuadas, a través de una de las estrategias de intervención específicas, el refuerzo positivo para mejorar su comportamiento.

La hipótesis inicial en la que nos basamos es que a través del refuerzo positivo como estrategia de intervención del modelo cognitivo-conductual con este estudio de caso, se conseguirá cambiar el patrón conductual que el niño manifiesta, adquiriendo habilidades que le hagan comportarse de una manera más adaptada. Por un lado, con el refuerzo positivo para fortalecer las conductas adecuadas ya existentes y por otro lado, el tiempo fuera para reducir la frecuencia y/o eliminar sus conductas disruptivas.

A la hora de plantear las sesiones y llevar a cabo la intervención con el alumno se han revisado estudios anteriores siendo el documento que más me ha servido como orientación y reflexión porque se asemeja al estudio realizado, el informe: "Tratamiento cognitivo-conductual de conductas disruptivas en un niño con TDAH y trastorno negativista desafiante" (Ramírez Pérez, M. 2015), donde se realiza el diseño de una intervención específica en el contexto escolar para examinar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en las conductas disruptivas y de desobediencia de un niño con TDAH.

Como se ha podido comprobar, la intervención conductual mediante técnicas del comportamiento (refuerzo positivo) resulta ser uno de los tratamientos no farmacológicos más eficaces para el TDAH (Hernández y Gutiérrez, 2014).

Este refuerzo positivo le genera al niño una mayor autoestima, ya que al elogiar conductas muy concretas se informa a David sobre la conducta adecuada para que me lo vuelva a hacer, por lo que es necesario describir lo que ha hecho bien "muy bien, has respetado el turno de la fila" para que autoregistre y autovalore dichas conductas y se sienta más seguro y querido.

En los aspectos metodológicos, también comprobamos que organizar el tiempo de trabajo a través de rutinas le ayuda a saber qué viene antes y qué después al niño, así como anticipar los momentos de cambios de actividades y tareas, por lo que se minimizan los problemas de comportamiento. Además, de que fomentar en el aula un ambiente estructurado con el establecimiento de normas y límites le ayudan a mejorar su autocontrol, ya que le indican qué se espera de él y las consecuencias que tiene no cumplir las normas, generándole mayor seguridad. Por ejemplo, se ofrece la norma en lenguaje afirmativo: "puedes jugar con la pelota en el patio"; se acompaña siempre de la razón por la cual se aplicara el límite o la norma (dentro del aula se pueden romper cosas); y finalmente, se pacta una consecuencia para aplicar en caso de no cumplir la norma (si juegas con la pelota dentro del aula, me la quedare y te la devolveré mañana).

### Conclusiones a las que se han llegado

Tras el análisis de los resultados obtenidos, aunque no se ha conseguido eliminar ninguna conducta disruptiva, que no significa que la estrategia no funcione, sino que será necesario persistir de forma paciente y con constancia hasta observar la desaparición de conductas problemáticas, sí que se ha disminuido la frecuencia con las que se presentaban, así como instaurar y potenciar la emisión de conductas adecuadas, que era el objetivo general que se planteaba al principio de la intervención. Respecto al mejor clima obtenido en clase, se ha conseguido tras la consecución del objetivo establecido con el grupo-clase del establecimiento de normas de conducta concretas. En general, los resultados obtenidos muestran la eficacia del refuerzo positivo como estrategia de la terapia cognitivo-conductual, por lo que la intervención ha sido satisfactoria, ya que se ha cumplido los objetivos planteados en el inicio. Reducir las conductas disruptivas que el niño presentaba de forma individual, y con el grupo-clase, el establecimiento de normas de conducta concretas en el aula para mejorar el clima social.

En cuanto a los problemas metodológicos encontrados y aspectos que se podrían mejorar se hace mención a las limitaciones que se han presentado en el trabajo, entre ellas, la inexistente colaboración de la familia que dificultaba el trabajo con el alumno, ya que no se reforzaba lo que el niño iba aprendiendo en casa, y la escasa formación de la maestra tutora, es decir, la posibilidad de adquirir más información acerca del TDAH, el origen, desarrollo y el mantenimiento de conductas disruptivas, el mayor aprendizaje de pautas y estrategias educativas para el manejo y colaboración en el aula, ya que numerosos estudios demuestran una mayor eficacia del tratamiento cognitivo-conductual cuando se centra además de en el niño, en los padres y la escuela (Grupo de Trabajo de la Guía Práctica Clínica del TDAH, 2011). Otro de los



problemas encontrados ha sido el tiempo empleado en la intervención, debido a que por cuestiones organizativas del centro educativo no se ha podido intervenir durante más tiempo con los participantes (niño y el grupo-clase).

Por tanto, en cuanto a los aspectos que se podrían mejorar en investigaciones futuras, destacaría trabajar durante más tiempo y conjuntamente toda la comunidad educativa, así como evaluar el continuo seguimiento del niño para observar si las mejoras conseguidas se mantienen en el tiempo.

A modo de reflexión y crítica personal, quiero reiterar la importancia de una formación continuada y permanente del profesorado, no sólo los especialistas de Pedagogía Terapéutica ni de Audición y Lenguaje deben conocer las dificultades de los alumnos con necesidades educativas porque no son los que trabajan exclusivamente con ellos, sino que también lo hacemos el resto de profesorado cuando los tenemos en nuestras aulas, siendo la adecuada atención, así como la mejora y desarrollo de sus capacidades una labor conjunta de toda la comunidad educativa.

## Bibliografía

- Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. (1982). Escalas de apreciación de conducta en niños (formulario para profesores). Universidad de Vermont. Adaptación española experimental: Cátedra de Psicodiagnóstico, Universidad Autónoma, Madrid.
- American Psychiatric Association, (2013). DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Editorial: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Barkley, R. A., Murphy, K. R. y Bauermeister, J. J. (1998). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: un manual de trabajo clínico. Nueva York: Guilford Press.
- Decreto n.º 359/2009, de 30 de octubre, por el que se establece y regula la respuesta educativa a la diversidad del alumnado en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.
- Del Corral, P. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la hiperactividad. En M. Pérez-Álvarez, J. R. Fernández-Hermida, C. Fernández-Rodríguez e I. Amigo (comp.). Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Infancia y adolescencia (pp. 137-149). Madrid: Pirámide.
- Del Corral, (2003). Grupo de Trabajo de la Guía Práctica Clínica del TDAH, 2010; National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; Pelham y Fabiano, 2008).
- Hernández, P.R., & Gutiérrez, I.C. (2014). Plan de tratamiento multimodal del TDAH. Tratamiento psicoeducativo. *Pediatría Integral*, 624.
- Gillis, J. S. (2003). CAS: Cuestionario de ansiedad infantil: manual (4a ed.). Madrid: TEA Ediciones.
- Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes (2011). Guías de práctica clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Generalitat de Catalunya.
- Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. BOE Núm. 106, jueves, 4 de mayo de 2006.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa. BOE núm. 295, de 10 de diciembre de 2013.
- Macià, D. (2012). TDAH en la infancia y la adolescencia. Concepto, evaluación y tratamiento. Madrid: Pirámide.
- Pascual, S. (2012). El papel del psicólogo clínico en el abordaje del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, Vol. 11, Nº 2, pp. 37-5.
- Principios éticos que deben regir la experimentación con sujetos humanos. Fuente: Universidad de Sevilla. Sitio web: <http://research.uoc.edu/portal/es/ri/activitat-rdi/comite-etica/recursos/index.html>.
- Ramírez Pérez, M. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual de conductas disruptivas en un niño con TDAH y trastorno negativista desafiante. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2 (1), 45-54.
- Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.
- Resolución de 17 de diciembre de 2012, de la Dirección General de Planificación y Ordenación Educativa por la que dictan orientaciones para la atención educativa del alumnado que presenta dificultades de aprendizaje.
- Reynolds, C. R. y Kamphaus, R. W. (2004). Manual BASC. Sistema de Evaluación de la conducta de niños y adolescentes. Madrid: TEA Ediciones.
- Scandar M., & Bunge, E. (2017). Tratamientos psicosociales y no farmacológicos para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* XXVI (2), 210-219.