

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Revista electrónica de
Psicología Iztacala



Revista Electrónica de Psicología Iztacala
Vol. 12 No. 4

Diciembre de 2009

DETECCIÓN E INTERVENCIÓN A TRAVÉS DEL JUEGO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

Leticia Sánchez Encalada¹ y Milagros Damián Díaz²
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México

RESUMEN

En la actualidad el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un problema de alta incidencia en los centros educativos y por las características del trastorno genera repercusiones educativas de consideración que interfieren con el proceso de adaptación y aprendizaje de los niños, este trastorno tiene como características esenciales la impulsividad, el déficit de atención, y en la mayoría de los casos se presenta inquietud excesiva, trastornos de conducta y dificultades de aprendizaje. El objetivo de este trabajo es describir un programa de detección e intervención a través del juego, para preescolares. En la evaluación se llevaron a cabo observaciones, la escala de evaluación abreviada de Conners, el EDAH y cuestionarios y entrevistas a padres y maestros. Se evaluaron a 60 preescolares en un Centro de Desarrollo Infantil del DIF, detectando a 9 niños con TDAH, a quienes se les aplicó un tratamiento integral en el que destacan los modelos clásicos constructivistas de la psicología infantil, para promover el desarrollo de habilidades y competencias, además se dio asesoría y orientación a padres y maestros para el manejo del niño. En los resultados se compararon las evaluaciones del pretest y posttest, observando mejorías notables en las conductas más problemáticas y así como el desarrollo de habilidades de interacción.

¹ Profesora del área de Educación Especial y Rehabilitación. Correo Electrónico: encalada@unam.mx

² Profesora del área de Educación Especial y Rehabilitación. Correo Electrónico: mgmdd@unam.mx

DETECTION AND INTERVENTION OF THE
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY
DISORDER (ADHD)

SUMMARY

The principal characteristics of the Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) are impulsivity, attention deficit, anxiety, conduct disorders and learning disabilities. The objective of this paper is to describe a program for the detection and intervention of ADHD in preschool children. In the evaluation were applied: direct observations, the Conners' Rating Scale-Revised, the Attention Deficit Disorders Evaluation Scale, and interviews to parents and teachers. Sixty preschoolers were evaluated, and nine of these children were diagnosed with ADHD, we gave them a global treatment which includes two classic models in child psychology: the behavioral approach and the cognitive-behavioral approach, in order to promote the development of abilities and competencies; furthermore, there was given advise and counseling to parents and teachers for the management of the child. In the evaluation, results of the pretest and posttest were compared with the selected scales and the questionnaire for parents and teachers, observing remarkable improvements in the most problematic behaviors and the development of abilities in their social skills.

El déficit de atención con hiperactividad constituye uno de los trastornos del desarrollo más importantes dentro de los problemas que afectan a los niños en sus relaciones con su entorno familiar, escolar y social, de no atenderse a tiempo puede producir un efecto negativo en su aprendizaje, adaptación e interacciones personales, por lo que están en mayor riesgo de presentar alteraciones psicológicas.

La conducta cotidiana de estos niños se caracteriza por la impulsividad, déficit de atención, inquietud excesiva, trastornos de conducta y dificultades de aprendizaje, (Farré y Carbona, 1998). Algunos autores se cuestionan el protagonismo de la hiperactividad en el síndrome, puesto que lo consideran un síntoma común a otros trastornos psiquiátricos, y plantean que es más distintivo del síndrome el problema de la atención, por lo que la Asociación Americana de Psiquiatría en el DSM-III, propone el nuevo término: Trastorno por déficit de atención, posteriormente, en el DSM-IV, la APA distingue tres formas clínicas del

TDAH: el tipo combinado, el tipo con predominio del déficit de atención y el tipo con predominio de la hiperactividad y la impulsividad.

El trastorno por déficit de atención se inicia en edades tempranas y es ocasionado por un mal funcionamiento neurobiológico que afecta el comportamiento, la atención y el aprendizaje del niño y se asocia a impulsividad y/o hiperactividad.

En la actualidad este déficit es frecuente en todos los niveles educativos, afectando entre el 3% y 6% de los niños en edad escolar e incluso algunas estadísticas reportan hasta un 10%. En México, aunque no hay estudios epidemiológicos globales del trastorno en la población general, extrapolando cifras, de acuerdo a datos de INEGI (2000) existen 15 494 206 niños entre 6 y 12 años de edad (<http://www.inegi.gob.mx>) y tomando como referencia el 5% propuesto por la APA, se tendrían al menos 774 710 niños en edad escolar afectados con este trastorno. Considerando su incidencia y prevalencia en las instituciones escolares, se requiere detectar y atender oportunamente a los niños con este trastorno. El objetivo de este trabajo es describir un programa de detección e intervención a través del juego que se llevó a cabo en preescolares que asisten a centros de desarrollo infantil DIF (Desarrollo Integral de la Familia) en el Municipio de Tlalnepantla. Un factor determinante para llevar este programa es la detección oportuna y esta va a depender de la selección adecuada de los instrumentos de evaluación aplicados, para su identificación. La Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye al TDA dentro del grupo de los trastornos emocionales y del comportamiento durante la infancia y la adolescencia. Los especialistas lo definen como un trastorno del desarrollo que conlleva una alteración conductual cuyo síntoma principal es la desatención, es decir, la dificultad para mantener y regular la atención de forma continua en las actividades que se realizan. Además, los niños que sufren este problema suelen carecer de autocontrol, presentando conductas impulsivas e hiperactivas. Algunos autores, proponen dividir los síntomas o características para el diagnóstico en primarios y secundarios, los primarios comprenden el déficit de atención, impulsividad e hiperactividad, los secundarios son resultado de las alteraciones básicas, son

síntomas reactivos a los primarios por ejemplo ansiedad, depresión, baja autoestima, agresividad, déficit de habilidades sociales. Las deficiencias motoras, las dificultades de aprendizaje y los trastornos emocionales son síntomas descritos por la mayoría de autores y son considerados como reactivos a los síntomas principales. Las deficiencias de la atención pueden manifestarse en situaciones académicas, laborales o sociales, los sujetos con este problema pueden no prestar atención suficiente a los detalles o cometer errores por descuido en las tareas escolares, su trabajo suele ser sucio y descuidado y pueden tener dificultades para persistir en una tarea hasta finalizarla. A menudo no siguen instrucciones y no llegan a completar actividades escolares u otros deberes. Las tareas que exigen un esfuerzo mental sostenido son experimentadas como desagradables, por lo que evitan o experimentan disgusto hacia actividades que exigen una dedicación personal y un esfuerzo mental sostenido o una notable concentración, suelen ser olvidadizos y no seguir las reglas de juegos o actividades. Algunos de los síntomas mejoran con el paso del tiempo y con un tratamiento adecuado, como la excesiva actividad motora, pero en la mayoría de los casos, la desatención, que es el síntoma principal, persiste en la edad adulta.

El principal problema de los niños con TDAH es una alteración de la capacidad para concentrarse en tareas de tipo cognitivo afectando a su vez la memoria, no porque este afectada directamente, sino porque la desatención irrumpe en los mecanismos de almacenamiento y recuperación (Ávila y Polaina, 2002).

La hiperactividad puede variar en función de la edad y el nivel de desarrollo del sujeto, los niños pequeños o preescolares, suelen estar constantemente en marcha y tocarlo todo. En relación a la impulsividad, esta se manifiesta por impaciencia, dificultad para aplazar respuestas, dan respuestas precipitadas, presentan dificultades para esperar su turno, interrumpen a los demás excesivamente, se apropian de objetos de otros, tocan cosas que no deberían, tienen baja tolerancia a la frustración, es decir una pobre capacidad para tolerar los fracasos y controlar los impulsos.

Para llevar a cabo un diagnóstico adecuado es recomendable aplicar una entrevista a padres, a maestros y al propio niño, hacer observaciones y aplicar una batería de pruebas.

Programa de detección e intervención para los trastornos de déficit de atención.

Fase de evaluación: Con base al fundamento teórico, el programa se organizó en dos fases: la de evaluación y la de intervención con estrategias de juego libre y estructurado. En la fase de evaluación se llevó a cabo un método multifacético de valoración en el que se aplicaron: entrevistas, escalas de evaluación e instrumentos diseñados para la detección de niños en riesgo, observaciones, registros, Prueba de LPD y la escala de evaluación abreviada de (Conners) (Kirby y Gramley, 1994), los niños detectados fueron evaluados posteriormente con la siguiente batería: el EDAH (Escalas para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad), Escalas de autorregulación, registros para evaluar el juego libre y estructurado, autoestima y socialización, el Bender que evalúa la percepción y coordinación visomotora y el nivel de madurez neurológica, el SNAP cuestionario en el que se incluye la entrevista a padres, a maestros y al niño. Para la detección de casos se evaluaron a 60 preescolares que asistían a 3 centros pertenecientes al DIF en el Municipio de Tlalnepantla, 38 niños y 22 niñas, de los cuales se identificaron a 26 casos en riesgo, quienes posteriormente fueron evaluados con la batería, diagnosticando a 9 niños con TDAH, quienes presentaban los síntomas primarios: hiperactividad, déficit de atención e impulsividad, y como síntomas reactivos manifestaron problemas emocionales y de comportamiento, deficiencias motoras, dificultades de aprendizaje, agresividad y problemas para jugar respetando reglas e interactuar positivamente. Estos niños fueron integrados a la fase de intervención. En el cuadro 1 se observan los resultados de estas evaluaciones.

ESCALA DE EVALUACIÓN PARA MAESTROS

- 1) Tiene excesiva inquietud motora.
- 2) Tiene explosiones impredecibles de mal genio.
- 3) Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.
- 4) Molesta frecuentemente a otros niños.
- 5) Está constantemente moviéndose en la silla.
- 6) Tiene aspecto enfadado, huraño.
- 7) Intranquilo, siempre en movimiento.
- 8) Es impulsivo e irritable.
- 9) No termina las tareas que empieza.
- 10) Sus esfuerzos se frustran fácilmente.

ESCALA DE EVALUACIÓN PARA PADRES

- 1) Es impulsivo e irritable.
- 2) Es llorón.
- 3) Es más movido de lo normal.
- 4) No puede estar quieto.
- 5) Es destructor (ropa, juguetes, otros objetos).
- 6) No acaba las tareas que empieza.
- 7) Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.
- 8) Cambia bruscamente sus estados de ánimo.
- 9) Sus esfuerzos se frustran fácilmente.
- 10) Suele molestar frecuentemente a otros niños.

PRUEBA DE LPD. SOCIALIZACIÓN

- A) Socialización y Juego (7 ítems) .
- B) Comportamiento en el salón de clase (7 ítems).
- C) Conductas Problema (8 ítems).

Fase de intervención: El programa se llevó a cabo con los 9 casos detectados y consistió en aplicar un modelo integral para el desarrollo de habilidades y competencias, en el que se consideran las fortalezas de los niños y las actividades les son más motivadoras, se realizaron juegos al aire libre y tareas menos estructuradas que las rutinas del salón de clases, centrándose más que en los déficits de los niños, en las competencias, lo que ayudó a prevenir el desarrollo de actitudes negativas frente al sistema escolar, la segunda parte de este modelo implicó establecer programas de apoyo, estrategias psicopedagógicas y planear ambientes de trabajo basados fundamentalmente en actividades de juego libre y estructurado.

OBJETIVOS GENERALES:

- Disminuir las conductas problemáticas de los niños.
- Promover las habilidades sociales (pautas sociales, juego cooperativo, interacciones positivas, aprender a trabajar en equipo).
- Favorecer la adaptación del niño a su entorno familiar y escolar.
- Orientar a los padres y maestros sobre como manejar y tratar a los niños con TDAH.
 - Aprendizaje de técnicas de autocontrol.
 - Logro de un mayor contacto con uno mismo.
 - Fomentar la comunicación con los otros.
 - Desarrollar la empatía.
 - Favorecer las interacciones con los compañeros.
 - Aprender a resolver conflictos en forma pacífica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Desarrollar habilidades para interactuar positivamente, para relacionarse y participar activamente de forma cooperativa.
- Establecer y mantener relaciones con el grupo
- Establecer relaciones afectivas
- Tomar iniciativas y establecer relaciones asertivas

PROCEDIMIENTO

Se elaboró un manual en el que se desarrollaron las actividades de juego diseñadas para niños preescolares, propiciando el establecimiento de reglas e interacciones positivas, el programa se aplicó en 15 sesiones individuales y grupales, en las que se llevó a cabo el entrenamiento se llevó a cabo en sesiones de 2 horas, entrenamiento de la autorregulación, economía de fichas y refuerzo social, entrenamiento en solución de problemas cognitivos, entrenamiento en discriminación de sentimientos, en interpretación y solución de problemas sociales y entrenamiento en relajación.

Los objetivos prioritarios se determinaron en función de cada caso, centrándose en la manifestación de las conductas alteradas que provocan un efecto social negativo.

El entrenamiento se llevó a cabo en sesiones de una y dos horas tres veces a la semana, de manera individual y en grupo de 2 a 4 niños. La rutina diaria consistía en la planeación de actividades, trabajo y evaluación la cual se llevó a cabo a través de procedimientos formales e informales, por medio del análisis de interacciones, entrevistas, diarios desarrollados, registros, observaciones, y postests, para cada programa se elaboró un formato para registrar los objetivos cumplidos de cada niño. Las estrategias utilizadas fueron:

- Entrenamiento en tareas de solución de problemas: obtener el autocontrol a través del pensamiento secuencial.
- Entrenamiento autoinstruccional
- Entrenamiento para la autorregulación
- Modelado
- Utilización de contingencias.

Como parte de los programas de apoyo se realizaron las siguientes actividades:

-Para mejorar la concentración y control de la hiperactividad se aplicaron ejercicios de relajación sugeridos por Valett y Philezat, en sesiones diarias de 15 minutos.

-Programa para el control de la impulsividad, se llevó a cabo el entrenamiento en autoinstrucción, el aumento de la demora de respuesta y el modelaje.

-Se aplicó un programa para favorecer la concentración, se estructuraron ambientes de trabajo utilizando técnicas metacognitivas, de autocontrol y se practicaban ejercicios de discriminación visual diseñados ex profeso las cuales se derivan del fundamento de que la atención, como cualquier otro proceso cognitivo es una habilidad que se adquiere a través del ejercicio, por lo que el niño se debe acostumbrar a realizar ejercicios de atención de forma sistemática. Como parte esencial de la intervención para TDA este programa se integraba en una serie de estrategias de aprendizaje para desarrollar las diferentes modalidades de la atención:

- **Estrategias de atención global:** El niño debía atender al máximo toda la información presentada, se exploraba el ambiente y se hacían rápidos desplazamientos de la atención, por ejemplo visualizar la imagen de un libro.

- **Estrategias de atención selectiva:** Ante diversos dibujos el niño debía seleccionar la información que se le pidiera (discriminación visual).
- **Estrategias de atención dividida:** Conforme el niño progresaba en las etapas anteriores, se iban automatizando los pasos y estrategias, teniendo más recursos disponibles para orientar a los niños a otras tareas.

Programa de orientación a padres y maestros: Paralelamente se llevó a cabo un programa tutorial para la asesoría y orientación a padres, que se enmarca en los principios de la terapia familiar sistémica y de la perspectiva ecológica de Bronfenbrenner (1979), donde se concibe que el individuo se desarrolla en una relación dinámica y como parte inseparable de los escenarios en los que funciona durante toda su vida, es decir se basa en la relación de los humanos con su entorno (Shea, 2000). El programa consistía en tener una atención personalizada con los padres de los niños con TDAH acorde a las necesidades de los niños, además se organizaron pláticas para el manejo del niño en el hogar y en la escuela, en las asesorías individuales se les pedía su colaboración para darle continuidad al programa en casa. Asimismo a los maestros se les orientaba respecto a como deberían apoyar cada etapa del programa tanto para el manejo del niño como para su integración y adaptación al grupo. Este programa tenía como objetivos básicos que tanto los padres como los maestros aprendieran a establecer límites y disciplina, a manejar sus propias emociones y en general a fortalecer todas aquellas conductas que favorezcan el proceso de participación e integración social del niño. Particularmente con los padres se pretendía que incrementaran su participación en la vida escolar, que modelaran la expresión de sentimientos y que practicasen y tomaran conciencia de la expresión de las emociones principalmente, porque son ellos los modelos generadores más representativos y permanentes del niño.

Las asesorías se planeaban de acuerdo a las necesidades de cada familia, debido a que de las nueve mamás que participaron ocho trabajaban y tenían poco

tiempo para asistir a un entrenamiento o pláticas, (únicamente se impartió una), así que las reuniones se planeaban semanal o quincenalmente y en ocasiones por escrito o por teléfono, pero siempre se buscaba un medio de comunicación. Con las tres maestras que participaron la comunicación fue más estrecha dado que en cada sesión de trabajo con el niño se podía hablar con ellas.

Resultados

En la fase de evaluación se observa que de los 60 casos evaluados, 27 se encontraban en riesgo quienes fueron evaluados con instrumentos específicos y se identificaron 9 casos con TDAH, quienes se integraron al tratamiento. De las evaluaciones aplicadas se obtuvo un listado de las categorías más frecuentes que mostraban los niños a partir de las cuales se tomaron como marco de referencia para el pretest y postest, en la escuela y en el hogar, se observó que el mayor problema era la hiperactividad, falta de atención y problemas para relacionarse con los compañeros tanto en situaciones de trabajo como en juego. En el cuadro 1 y gráfica 1 se muestra un desglose de las conductas identificadas como problemáticas y el número de niños que las presentaban, así como el total de niños que en el postest cubrieron los objetivos para cada una.

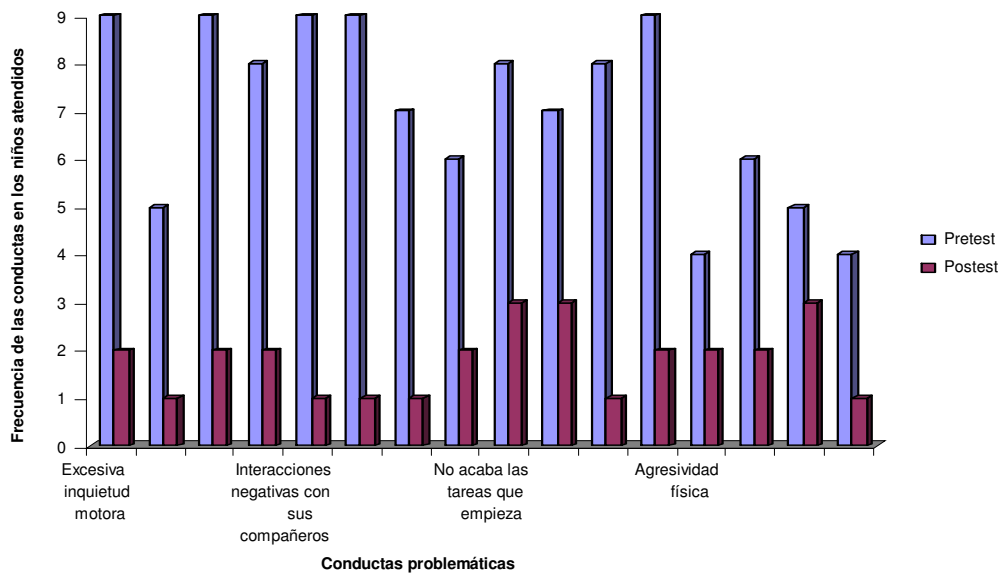
Los programas que tuvieron mejores resultados fueron los aplicados en la escuela y corresponden al programa de habilidades sociales, el cual resultó un éxito en términos de que las habilidades sociales son incompatibles con la mayoría de las conductas que presenta el niño con TDAH, específicamente la hiperactividad, impulsividad y problemas de comportamiento. Respecto al programa para mejorar la atención se muestran incrementos en la atención selectiva, sin embargo la atención sostenida depende mucho de la actividad que se le asigne al niño.

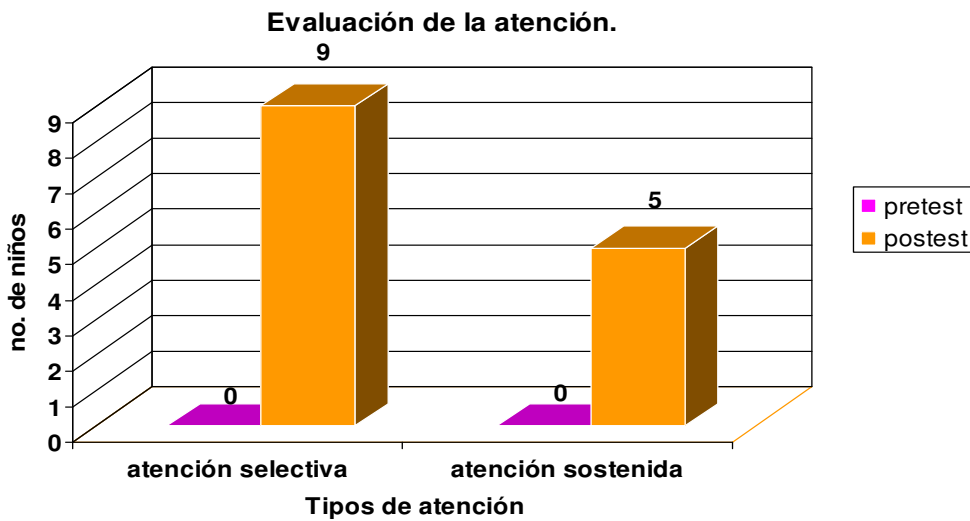
| Conductas problema | Pretest | Postest |
|--|---------|---------|
| Excesiva inquietud motora | 9 | 2 |
| Explosiones impredecibles de mal genio | 5 | 1 |
| Escasa atención, se distrae fácilmente | 9 | 2 |

| | | |
|--|---|---|
| Molestar a otros niños | 8 | 2 |
| Interacciones negativas con sus compañeros | 9 | 1 |
| Impulsividad | 9 | 1 |
| Llorón | 7 | 1 |
| Destructor | 6 | 2 |
| No acaba las tareas que empieza | 8 | 3 |
| Cambia bruscamente sus estados de ánimo | 7 | 3 |
| No respeta reglas en los juegos | 8 | 1 |
| Desobediencia | 9 | 2 |
| Agresividad física | 4 | 2 |
| Agresividad verbal | 6 | 2 |
| Ansiedad | 5 | 3 |

Cuadro 1

Figura 1. Conductas problemáticas antes y después de la intervención





En relación a los logros alcanzados los 9 niños mostraron cambios positivos en su conducta, específicamente las tasas de hiperactividad disminuyeron en promedio al 50%, en los posttest, aplicados hubieron mejorías en las diferentes modalidades de atención y el programa para el control de la impulsividad aunque no se concluyó hubo cambios favorables en el autocotrol, cabe mencionar que los padres de los 9 niños trabajaban, y no podían asistir a un entrenamiento planeado, sin embargo se dio asesoría y orientación personalizada y a distancia (es decir a través de folletos, por teléfono y a través de mensajes), además se llevó a cabo una plática sobre el TDA.

CONCLUSIONES

El TDA afecta a una parte importante de la población infantil, para su prevención existen diversas alternativas de tratamiento, la atención oportuna puede mejorar significativamente el pronóstico, por lo que es necesario que las familias y profesores se informen adecuadamente, conozcan en que consiste y

cuales son las alternativas de tratamiento disponibles para cada caso, la evidencia empírica reconoce la importancia de la compensación activa del déficit, esto es a través del tratamiento psicológico, apoyo psicopedagógico, familiar y escolar. El programa logró sus metas, en él se plantea una alternativa para modificar el TDAH, pero el éxito dependerá en gran medida de la selección de las estrategias y de la sistematización en su aplicación, así como de la participación de los padres y maestros, ya que ellos ejercen una acción educativa para ayudar al niño a progresar, a través de la interacción con él, apoyada con sugerencias, instrucciones, modelado, aprobar y reforzar los comportamientos acordes al contexto, exigiendo y dirigiendo el comportamiento correcto, demostrando con modelos reflexivos y apoyándolo con el ejemplo y otros recursos educativos. El programa a padres es un apoyo importante, pero el éxito va a depender del grado de involucramiento de la familia y de la consistencia en la aplicación de los aspectos clave del programa. El trabajo en sí centra su objetivo en la búsqueda de formas alternativas para que los niños con déficit de atención se adapten mejor y fortalezcan su bienestar y desarrollo emocional y cognitivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Avila, C. & Polaina, L. (2002) *Niños hiperactivos*. Madrid. Alfaomega. Narcea.

Baena, G. (2006) *Cómo desarrollar la inteligencia emocional infantil*. México. Trillas.

Bronfenbrenner, U. (1979) *The ecology of human development*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University.

Buela-Casal, G.; Carretero-Dios, H. y De los Santos-Roig, M. (2002) *El niño impulsivo*. Madrid. Pirámide.

Condemarín, M.; Gorostegui, M. E. & Milicia, N. (2004) *Déficit Atencional*. Santiago, Chile. Ariel Educación.

Brickenkamp, R. (2004) *Test de atención*. Madrid. TEA Ediciones.

Farré, A. & Carbona, J. (1999) *EDAH Escalas para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Madrid. TEA Ediciones.

- Gómez, T. (2000) *Niños hiperactivos*. Barcelona. RBA práctica.
- Kirby, E. & Grimley, L. (1992) *Trastorno por déficit de atención*. México. Limusa.
- López, C. & García, J. (1999) *Problemas de atención en el niño*. México. Pirámide.
- Mendoza, M. T. (2003) *¿Qué es el trastorno por déficit de atención?* México. Trillas.
- Orjales, I. y Polaino, A. (2004) *Programa de Intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad*. Madrid. CEPE
- Moreno, I. (1999) *Hiperactividad. Prevención, evaluación y tratamiento en la infancia*. Madrid. Pirámide.
- Pérez, I. (2003) *Educación Especial. Técnicas de Intervención*. Barcelona. Mc Graw Hill.
- Philizot, H. (2005) *Despertar la atención*. Barcelona. Paidotribo.
- Sánchez, L. (2005) *Manual de prácticas en Educación Especial*. México. UNAM.FESI
- Shea, T. (2000) *Educación Especial. Un enfoque ecológico*. México. Mc Graw Hill
- Servera, M. & Llabrés. (2004) *CSAT. Tarea de atención sostenida en la infancia*. Madrid. TEA Ediciones.
- Smeke, S. (2004) *Alcanzando la excelencia emocional infantil*. México. Ediciones Ruz.
- Solloa, L. M. (1997) *Trastornos por déficit de atención, hiperactividad*. México. UNAM. Facultad de Psicología.
- Trianes, V.; Muñoz & Jiménez (2000) *Competencia social: su educación y tratamiento*. Madrid. Pirámide.
- Uriarte, V. (1989) *Hiperquinesia*. México. Trillas.
- Valet, R. (1990) *Niños hiperactivos*. Madrid. Biblioteca de psicología y educación.