



FACULTAD DE PSICOLOGIA Y CIENCIAS SOCIALES
Licenciatura en Psicopedagogía. Modalidad distancia

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

“Aplicación de Técnica cognitiva conductual en niños con Déficit Atencional e Hiperactividad entre 6 y 7 años que asisten a la UEGP N° 61 de la ciudad de Villa Ángela, Chaco año 2022”

Apellido y nombre del alumno/a: Anriquez Yanina Judith

Apellido y nombre del Director del TFI: Lic. Garcés Rosa

Año de entrega del TFI: 2024

ÍNDICE

Título	3
Introducción	4
-Delimitación del objeto de estudio	4
-Denominación	4
-Descripción	4
-Fundamentación	4
Objetivos de la Intervención	6
Estado de Arte	7
Marco Teórico	13
-Síntomas principales	16
-Tratamientos	19
-Técnicas cognitivo-conductuales	23
Método	26
Síntesis y Conclusiones	32
Referencias	34
Anexo	36
Consentimiento informado	41

TÍTULO

Aplicación de Técnica Cognitivo-Conductual en niños con Déficit Atencional e Hiperactividad entre 6 y 7 años que asisten a la UEGP N° 61 de la ciudad de Villa Ángela, Chaco, año 2022.

Resumen: El déficit de atención con hiperactividad se caracteriza por ser un trastorno que se presenta con mayor frecuencia en la población infantil, con consecuencias que afectan la dimensión cognitiva, emocional y social del niño. Sus síntomas incluyen la dificultad para mantenerse quietos, para autocontrolar sus emociones, para solucionar problemas y para terminar tareas prolongadas que requieren concentración. En general, son niños que frecuentemente interrumpen las clases con observaciones fuera de lugar, y que llaman la atención de forma infantil, lo que produce un inevitable impacto sobre sus relaciones familiares e interpersonales. Estas situaciones, representan fuertes demandas, que al no ser satisfechas originan altas cargas de estrés y frustración, por lo cual estos niños son frecuentemente castigados y en muchos casos son rechazados o ignorados por el grupo de compañeros. Es así como, la coexistencia de estos síntomas asociados a conductas desafiantes, agresividad y negativismo normalmente presentados en conjunto con el TDAH, conlleva a una evolución muy desfavorable, debido a que los problemas iniciales suelen ser más crónicos en la adolescencia.

A partir de esta problemática, la disciplina psicopedagógica a través de un enfoque cognitivo-conductual, propone una intervención, que basada en sus técnicas, busca modificar la conducta del niño, disminuyendo los principales síntomas del TDAH, convirtiéndose por un lado, en una de las mejores alternativas para padres y profesores, y por otro lado, en la mejor competencia para el tratamiento farmacológico. No obstante, se hace necesario resaltar que los procesos de intervención son eficaces en la medida en que se vea al niño con TDAH, como un ser integral, es decir, teniendo en cuenta su personalidad, nivel de desarrollo, las formas de aprendizaje, antecedentes familiares, características culturales y medio social, ya que por medio de estos factores se podrá conocer la naturaleza de su conducta y decidir la forma de intervención más apropiada.

Palabras claves: Déficit atencional, Hiperactividad, Técnicas cognitivo-conductuales.

INTRODUCCIÓN

DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

El objeto de estudio son las Técnicas Cognitivo-Conductuales. Ha sido de interés para la investigación debido a la realidad que se vive con respecto al Trastorno Déficit de Atención con Hiperactividad, la cual muestra que una de las opciones más utilizadas para tratar este trastorno es el tratamiento farmacológico que, aunque da resultados a corto plazo, genera graves consecuencias en la salud del niño.

Denominación:

Aplicación de Técnica Cognitivo-Conductual en niños con Déficit Atencional e Hiperactividad entre 6 y 7 años que asisten a la UEGP N° 61 de la ciudad de Villa Ángela, Chaco, año 2022. A través de este proyecto se busca ofrecer un tratamiento que incluye Técnicas Cognitivo-Conductuales para intervenir el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, como mejor opción para niños que presentan este diagnóstico, y no acceder al tratamiento farmacológico.

Descripción:

Es un proyecto de intervención psicopedagógica, ya que se aplicará un tratamiento basado en técnicas cognitivo-conductual, con el fin de evaluar su impacto en la intervención del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Se analizarán las características de los niños bajo criterios del DSM IV-R, con el fin de determinar los principales aspectos en el comportamiento de los sujetos.

Fundamentación:

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad, es el problema de comportamiento más común durante la infancia, ya que constituye la enfermedad crónica más frecuente en el periodo escolar y representa un problema complejo debido a que persiste a lo largo de la vida si no es tratado a tiempo.

En torno a esta problemática se han planteado diversas opciones de tratamiento que incluyen intervenciones de tipos psicológicos, educativos y farmacológicos y mixtos. En muchos casos la opción más apetecida por padres, maestros y médicos es el tratamiento farmacológico, por ser una alternativa de acción breve, cuyos efectos aparecen a pocas horas de haberlas consumido. Por ello, son muchos los niños que son tratados farmacológicamente con el metilfedinato (Rubifen o Ritalina), sin tener en cuenta que esta droga de ninguna

manera es una “cura” o siquiera un intento serio de atacar de raíz el TDAH, ya que solo sirve para aliviar los síntomas temporalmente. Otro panorama que va más allá de lo expuesto, señala los efectos adversos del uso del metilfedinato, los cuales incluyen problemas serios como el suicidio, problemas cardíacos como arritmias, hipertensión, deficiencias cardíacas, así como también puede causar síntomas emocionales como psicosis, agitación, agresión, hostilidad, ansiedad y alucinaciones.

Desde esta perspectiva, es necesario hablar de intervenciones en TDAH que no generen riesgos y realmente proporcionen efectos positivos a largo plazo.

Dentro de estas medidas terapéuticas se encuentran las técnicas cognitivo-conductuales, las cuales abordan cuatro aspectos fundamentales, como son: el entrenamiento en autocontrol de la conducta, el entrenamiento cognitivo (estrategias de análisis y solución de problemas, de planificación, de autoevaluación, etc.), entrenamiento en habilidades sociales y desarrollo emocional, las cuales permiten proporcionar al niño con TDAH estrategias para conocerse mejor, aceptarse así mismo, afrontar dificultades y desarrollar estrategias de compensación.

De ahí que, el presente proyecto plantea la implementación de un programa basado en el uso de estas técnicas, por medio de las cuales se logrará dar otra visión sobre el manejo del TDAH, que involucre el abordaje de las dimensiones cognitivas, emocionales y sociales de los niños que presentan este diagnóstico, dentro del campo educacional.

OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

Objetivo general:

Evaluar el impacto de una intervención en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, por medio de la aplicación de un programa cognitivo-conductual, a partir de la identificación de los efectos que se generan durante el proceso terapéutico.

Objetivos específicos:

Proporcionar al niño, a través de la intervención cognitivo-conductual, estrategias para conocerse mejor, aceptarse a sí mismo, afrontar dificultades y desarrollar estrategias de compensación.

Analizar las características comportamentales de los niños luego de la aplicación de dicho tratamiento.

ESTADO DE ARTE (antecedentes)

Como primer antecedente se encuentra la investigación de los autores Marta López Feito; Elena Poto Joana. (2018), cuyo título es “TDAH: El papel del farmacéutico comunitario” y su objetivo fue realizar una revisión bibliográfica de los principales compuestos empleados en España para el tratamiento farmacológico del TDAH. Esta investigación utilizó como metodología, para alcanzar los objetivos propuestos, una búsqueda bibliográfica de artículos científicos, guías de práctica clínica y revistas de divulgación, tanto en castellano como en inglés. Para ello se utilizaron bases de datos como PubMed, ScienceDirect o Google Scholar. Tras la búsqueda bibliográfica realizada los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Tratamiento farmacológico: El tratamiento farmacológico es indispensable para conseguir una mejoría de los síntomas que presenta este trastorno. Puede ayudar a mejorar el estado de alerta, la memoria funcional y a reducir la hiperactividad, aunque todo ello depende del paciente. En la actualidad existen varios medicamentos disponibles para el tratamiento de este trastorno y se dividen según su mecanismo de acción: Fármacos estimulantes, su mecanismo de acción no se conoce con precisión, aunque se cree que incrementa las concentraciones de noradrenalina y dopamina en la corteza frontal y regiones subcorticales, asociadas con la motivación y la recompensa. Se utilizan como tratamiento de primera línea. Dentro de este grupo, encontramos los fármacos: Metilfenidato (MTF) y Lisdexanfetamina. Y Fármacos no estimulantes, a pesar de la eficacia establecida del MTF, se conoce que un pequeño porcentaje de los niños con TDAH requiere fármaco diferente por ineficacia o falta de tolerancia al MTF. Los tratamientos alternativos a éste pueden ser los llamados fármacos no estimulantes. Dentro de este grupo, los aprobados son la atomoxetina y la guanfacina.

La investigación de Leticia Arias Araneda, Olga García Salazar, Marina Alarcón-Espinoza (2019), cuyo título es “Evaluación de los efectos positivos de un tratamiento multimodal para niños con déficit atencional con hiperactividad en la atención primaria de salud desde la perspectiva de madres usuarias”; tiene como objetivo conocer cuál es la percepción de los efectos de un tratamiento multimodal en madres con hijos diagnosticados con TDAH, en un Centro de Salud Familiar. En este trabajo de investigación se utilizó un diseño cualitativo de tipo descriptivo,

utilizando como técnica la entrevista individual focalizada. La muestra estuvo compuesta por cuatro figuras maternas. Se realizó un análisis de contenido convencional, con triangulación por investigador y expertos. Los resultados señalan la percepción de efectos en: desarrollo individual del niño, dinámica familiar y ámbito escolar. En relación con el desarrollo individual del niño, se han identificado percepciones de los efectos del tratamiento en las áreas emocional, conductual y social. En la dinámica familiar, se reconocen dos aspectos, uno relacionado con el desempeño del rol de los padres y otro referente a la relación vincular padres/hijo. En cuanto a la percepción de los efectos del tratamiento en el entorno escolar, se identifican mejoras en la adaptación escolar, el rendimiento, las relaciones interpersonales y el comportamiento escolar.

La investigación de Leticia Fernández Gacho, Víctor Arias González, Henar Rodríguez Navarro, Nuria Manzano Soto (2020) titulada “Estudio e intervención en niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad de educación primaria”, se ha planteado el objetivo de valorar los efectos de una intervención basada en las habilidades sociales y en la conducta en dos casos de TDAH en el ámbito escolar. En este trabajo se ha seleccionado el estudio de caso intrínseco, como estructura metodológica desde donde abordar esta investigación. Además, la unión del enfoque de Creswell sobre métodos mixtos para analizar los datos desde una perspectiva anidada. Se trata de un caso típico, dos niñas con TDAH con dificultades sociales y conductuales dentro del ámbito académico. El análisis de datos es un enfoque mixto, anidado, donde se combinan aspectos cuantitativos y cualitativos, para responder a un problema de investigación, relacionando la recogida, análisis e interpretación. Los datos obtenidos de las entrevistas y observación reflejaron que en ambos casos se obtuvieron dificultades iniciales en sus capacidades sociales generales. Los dos casos reflejaron comportamientos que conllevaron al rechazo por parte de sus compañeros. Esto genera dificultades en sus interacciones sociales. Los principales aspectos de estas alumnas a nivel conductual y referidos al TDAH se encuentran resumidos en la tabla 4.

La investigación a cargo de Diana Karely Quintero-Olivas, Ena Monserrat Romero Pérez, José Aldo Hernández-Murúa (2020), cuyo título es “Calidad de vida familiar y TDAH infantil. Perspectiva multidisciplinar desde la educación física y el

trabajo social”; presenta como objetivo destacar la importancia de la calidad de vida de las familias que experimentan la presencia de un integrante con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y cómo, desde las áreas profesionales de educación física y trabajo social, se puede plantear una propuesta para su tratamiento integral. La metodología utilizada es la revisión bibliográfica, se revisan diversos estudios publicados en los últimos años, analizando las diferentes formas en las que han abordado la calidad de vida en el contexto familiar. Y como resultado se concluyó que la educación física y el trabajo social son dos áreas de desarrollo profesional que pueden aportar evidencias sustanciales para el desarrollo integrador, integral y calidad de vida familiar en los niños y niñas con TDAH. El estudio de la calidad de vida en niños y niñas con TDAH no solo se debe abordar desde una perspectiva individual sino teniendo claro el ambiente familiar y su desenvolvimiento para el tratamiento integral de niños y niñas con TDAH.

La investigación a cargo de Pablo Eugenio Castillo Armijo, Caterin Estefani Henríquez Sepúlveda, Jasmín Verónica Hernández Aburto, Valentina Andrea Montoya Castro, Yazmin Del Rosario Salgado Lecaro (2021) que se titula “Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, diagnóstico, tratamiento y posibilidades” plantea el objetivo de investigar sobre los procesos de evaluación y los posibles tratamientos del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en los contextos educativos. Está basada en una metodología de carácter cualitativo descriptivo, a través de una revisión bibliográfica. Como resultados del trabajo, se concluye que el diagnóstico para el TDAH es más clínico que pedagógico, donde generalmente se utilizan tratamientos a través de la medicación para regular la conducta de los estudiantes dentro del aula. Se reconoce la existencia de tratamientos alternativos a partir del uso de nuevas tecnologías y enfoques hacia el bienestar de los estudiantes, que están siendo implementados de forma incipiente en muchos países del mundo.

La investigación de Rubiales Josefina (2014), la cual se titula “Perfil ejecutivo en niños con Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad” tiene como objetivo analizar el perfil ejecutivo en niños con TDAH y las relaciones con los subtipos diagnósticos. Como método se evaluaron 90 niños con pruebas de funciones ejecutivas, la muestra clínica compuesta por 30 niños con diagnóstico

médico de TDAH y la muestra control por 60 niños sin el diagnóstico. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: los niños con TDAH presentan un desempeño inferior en la mayoría de las pruebas que evalúan las funciones ejecutivas, con ciertas diferencias entre los subtipos diagnósticos.

Los autores Leónidas José Llanos Lizcano, Darwin José García Ruiz, Henry J. Gonzales Torres y Pedro Puentes Rozo (2019); llevaron a cabo la investigación “Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 6 a 17 años”. Su objetivo fue determinar la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños de entre 6 y 17 años escolarizados en Barranquilla, para hacer una caracterización epidemiológica del trastorno en la región Caribe colombiana. Como metodología se realizó un estudio de tipo analítico, aplicado con enfoque cuantitativo, prospectivo, de corte transversal. El área de estudio fue una escuela de Barranquilla (Colombia). Se realizó un muestreo aleatorio simple para determinar el número de niños que evaluar. La muestra fue de 383 niños. Los resultados que se obtuvieron fueron: de los 383 sujetos evaluados inicialmente, 178 resultaron ser casos de algún tipo de alteración, de estos se confirmó que 59 (15%) tenían diagnóstico de TDAH, con una proporción de 38 varones y 21 mujeres, lo que arroja una relación 2:1, la distribución por subtipos se dio en 7,3% combinado, 5% inatento y 3,1% hiperactivo. En total, el 23% de los sujetos evaluados presentaron algún trastorno neuropsiquiátrico y se encontró una relación estadísticamente significativa entre el subtipo inatento con la agorafobia y los episodios depresivos, entre el subtipo hiperactivo con el trastorno oposicionista desafiante y el trastorno de angustia y entre la depresión y el riesgo de suicidio con el subtipo combinado. En conclusión: la prevalencia del TDAH en Barranquilla presenta un comportamiento similar a otras regiones del país, tanto en la prevalencia como en la distribución por subtipos, relación por sexo, tipos de comorbilidades. Estos datos no están sujetos a factores psicosociales, lo que confirmaría la teoría de tener una etiología multifactorial.

La investigación a cargo de la autora Silvia Álava Sordo (2018), llamada “Relación entre diagnóstico de TDAH y los procesos intelectuales y atencionales en muestra clínica: comparación entre TDAH y Trastorno de Aprendizaje” tiene como objetivo analizar la relación entre el TDAH y el perfil intelectual y la atención

selectiva y sostenida. Para ello se ha comparado el perfil intelectual y la atención selectiva y sostenida de un grupo con TDAH frente a un grupo con Trastorno de Aprendizaje (TA). Se ha utilizado una muestra de conveniencia de 234 TDAH y 230 TA. Como resultados se registra: no hay una diferencia estadísticamente significativa entre el CIT de los sujetos con TDAH y con TA; los sujetos con TDAH procesan la información de forma más lenta que los sujetos con TA; los sujetos con TDAH tienen dificultades en las tareas que requieren el uso de la memoria de trabajo; las diferencias entre el TDAH y TA se pueden predecir usando pruebas tanto de atención sostenida como de atención selectiva.

La investigación de los autores Arán Filippetti Vanesa y Mias Carlos Daniel (2009), denominada “Neuropsicología del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad: subtipos predominio Déficit de Atención y predominio Hiperactivo-Impulsivo”, se plantea como objetivo analizar diferencias de funcionamiento neuropsicológico y conductual en niños con TDAH, subtipos predominio déficit de atención y predominio hiperactivo-impulsivo y un grupo control. Como metodología se realizó un estudio de tipo analítico, se tomó 45 niños de 7 a 13 años de edad, de ambos sexos, residentes de la ciudad de Santa Fe Argentina, distribuidos según criterios del DSM IV. Se controló la edad, sexo, y casos de comorbilidad clínicamente significativa, como depresión, trastornos de ansiedad y trastornos de aprendizaje. Como resultado se evidenció que el grupo PDA presentó un mayor indicador de déficit atencional en las variables conductuales y déficits en la atención selectiva y sostenida, en la memoria verbal inmediata y diferida y en la flexibilidad cognitiva. El grupo PHI presentó mayor índice de hiperactividad e impulsividad en la variable conductual y un déficit en la atención sostenida, en el control de impulso y en la memoria verbal inmediata y diferida. Esto sugiere diferentes sustratos neurocognitivos según el subtipo predominante del TDAH.

Como último antecedente, se encuentra la investigación de la autora Lurdes Duñó Ambrós (2014), denominada “TDAH infantil y metilfenidato. Predictores clínicos de respuesta al tratamiento”. El objetivo de este estudio fue conocer las posibles variables predictivas psicopatológicas y cognitivas asociadas a la mala respuesta al tratamiento con metilfenidato en niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Como metodología se empleó un estudio de cohortes longitudinal prospectivo. Se consideró como variable dependiente o de resultado, la respuesta al

fármaco (buena y mala respuesta) y como variables independientes o de exposición, se consideraron las variables sociodemográficas, cognitivas y psicopatológicas. Se tomaron 77 pacientes ambulatorios con TDAH. Los resultados del estudio demuestran que el MPH es efectivo para el tratamiento del TDAH. Sin embargo, esa efectividad se reduce cuando se trata de niños con TDAH con graves problemas de conducta y de las emociones, percibidos por los padres, en especial la disregulación emocional y la labilidad emocional. Además se demuestra que para los niños de menor edad, la efectividad del MPH es menor. Implicaciones clínicas: este estudio evidencia que los niños con TDAH y desregulación emocional, presentan menor efectividad al tratamiento con MPH. Además apoya la idea de que un enfoque dimensional en el proceso diagnóstico puede ayudar a determinar la respuesta al MPH. Por otro lado, demuestra que la edad es una variable predictiva de respuesta al MPH.

MARCO TEÓRICO

En el marco de este proyecto de intervención, que se denomina “Aplicación de Técnica Cognitivo-Conductual en niños con Déficit Atencional e Hiperactividad entre 6 y 7 años que asisten a la UEGP N° 61 de la ciudad de Villa Ángela, Chaco, año 2022” se plantea la aplicación de un tratamiento cognitivo-conductual como mejor opción para la intervención en niños con TDAH, que según los autores Gandía-Benetó R, Mulas F, Roca P, Ortiz-Sánchez P y Abad Mas L., brindan una mejoría en los problemas de atención, rendimiento académico, la relación social con los adultos y compañeros de su entorno y disminución de la sobre actividad y de las interacciones sociales inadecuadas.

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

¿Qué es el TDAH? Según el DSM-5, el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) se caracteriza por un patrón persistente de inatención y/ o hiperactividad/impulsividad que interfiere negativamente con el desarrollo y el normal funcionamiento social, académico y ocupacional de quien lo padece. Además, no se corresponde con el nivel de desarrollo del sujeto y los síntomas aparecen antes de los 12 años de edad (APA, 2013).

Historia del TDAH: Los primeros datos sobre niños hiperactivos aparecieron hacia la segunda mitad del siglo XIX, pero ya en el año 1902, el médico inglés Still desarrolló el concepto de hipercinesia, asociándola a «fallos en el control moral» que no obedecía a deficiencias intelectuales; la relacionó con una escasa capacidad para interiorizar reglas, problemas atencionales, la mentira, el robo, ineficacia del castigo, acusada inmadurez, labilidad emocional, y elevada frecuencia de anomalías físicas sin importancia (Barkley, 2002, 2006). En los años siguientes, varios autores encontraron en niños que habían sufrido un daño cerebral síntomas parecidos a los descritos por Still: Hohmán en 1922 (Benjumea y Morrajo, 1995) y Khan y Cohen en 1934 (Polaino et al., 1997), con lo que se creyó que se encontraban ante un «síndrome de lesión cerebral humana». Ebaugh describió en 1923 síntomas muy similares en niños que habían sufrido encefalitis letárgica, denominándolo «trastorno de conducta postencefalítica» (Joselevich, 2000; Miranda y Santamaría, 1986).

Anteriormente el médico alemán Hoffman reprodujo en un cuento escrito en 1844 a Phil, un niño inquieto, que no se acostumbra a estar sentado y se movía constantemente (Polaino et al., 1997).

No detallaba la inatención, pero sí hablaba de bajo rendimiento (Miranda, Amado y Jarque, 2001). En 1947, Strauss y Lethinen incluyeron la actividad como un síntoma de la lesión cerebral exógena, en la que se suponía que era responsable del daño algún factor externo al plan genético del individuo. Dentro del «síndrome Strauss», además de la hiperactividad, se señalaban otros síntomas fundamentales como la impulsividad, perseverancia, inestabilidad emocional, altos niveles de distracción y dificultades perceptivas. Strauss y Lethinen (1947) destacaron básicamente los problemas de inquietud y nivel de actividad, en lugar de los déficits de control moral en los que incidía Still (1902) (Miranda y Santamaría, 1986). En los años 60 se sustituye la interpretación de la hipercinesia como resultado de un daño cerebral y se habla de disfunción cerebral. Ernhart (1963), al comparar niños con daño cerebral con otros normales, descubrió que los niños con daño cerebral eran más infantiles, negativistas y compulsivos que los normales, aunque no más activos ni agresivos. Clements (1966) definió la disfunción cerebral mínima como un trastorno de la conducta y aprendizaje que experimentan los niños con inteligencia normal y está asociado con disfunciones del Sistema Nervioso Central (SNC). Ross y Ross (1976, 1982) concentraron el interés en caracterizar la hiperactividad como síndrome conductual. La actividad motora excesiva era el aspecto que más frecuentemente se destacó, describiendo al niño hiperactivo como aquel que manifestaba una constante e involuntaria actividad motora. Werry (1986) definió la hiperactividad como un nivel de actividad motriz diaria, claramente superior a la normal en niños de su sexo, edad y status socio-económico y cultural similar (Miranda y Santamaría, 1986). Estos avances en la investigación se vieron reflejados en el DSM II, publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría, donde el diagnóstico recibe el nombre de «reacción hiperkinética de la infancia» (Jolselevich, 2000) En los años 70, Douglas argumentó que la deficiencia básica de los niños hiperactivos era su incapacidad para mantener la atención sostenida y su impulsividad, no el excesivo grado de actividad. Los criterios diagnósticos concretos sistematizados por Douglas (1972) eran los siguientes: «niños remitidos a clínicas de salud mental a causa de la inquietud motora, altos niveles de distracción, cortos periodos de atención, incapacidad para permanecer sentados y escaso control de

impulsos. Han de presentar estos problemas desde la primera infancia y no proceder de hogares caóticos. Se excluye a niños con psicosis, daño cerebral, retraso mental o deficiencias sensoriales. Además, esta conducta se manifiesta tanto en casa como en la escuela» (Miranda y Santamaría, 1986). En 1980, la Asociación Americana de Psiquiatría modificó la descripción en el DSM III, denominándose «déficit de atención con y sin hiperactividad», a pesar de no existir en ese momento estudios empíricos que demostraran la influencia de los subtipos (Joselevich, 2000). En 1983, Barkley enumeró las características que tienen en común las diferentes definiciones sobre hiperactividad (Miranda y Santamaría, 1986).

1. Énfasis en mostrar lo inapropiado de la impulsividad, los periodos cortos de atención, la inquietud y la actividad excesiva de acuerdo con la edad del sujeto.
2. La escasa habilidad del niño para restringir o eliminar sus conductas tal y como la situación lo requiere.
3. La aparición de tales problemas durante los primeros años de su vida.
4. La persistencia de los síntomas durante varios meses como mínimo.
5. La perseverancia de los síntomas en situaciones diversas (en casa, en el colegio...)
6. La discrepancia entre la capacidad intelectual del niño y sus problemas de autocontrol.
7. La dificultad para explicar los síntomas sobre la base de trastornos del desarrollo o enfermedades de tipo neurológico tales como daño cerebral, sordera, ceguera o trastornos emocionales severos (autismo, esquizofrenia).

En 1987, en el DSM III-R se sitúa la hiperactividad en el mismo nivel que el déficit de atención (Polaino et al., 1997). El DSM-IV incluye tres subtipos: hiperactivo-impulsivo, inatento y combinado, que se mantienen como predominios en el DSM-5.

El déficit de atención con hiperactividad (TDAH) constituye actualmente, uno de los diagnósticos más frecuentes en el marco de los desórdenes de la conducta infantil, afectando aproximadamente del 3% al 7% de la población en edad escolar. Es de esta manera como el TDAH, se convierte en uno de los problemas más importantes dentro de la Psiquiatría y la Psicología, ya que los datos estadísticos aportados por los diferentes investigadores demuestran su alta prevalencia en la

población escolar, encontrando mayor índice en el sexo masculino, con consecuencias que afectan el desarrollo social, emocional, cognitivo y conductual de quienes lo padecen. Por esta razón, este trastorno ha sido estudiado por diferentes disciplinas y autores, quienes a partir de la aplicación de pruebas neurológicas, cognitivas y de observaciones de los contextos en que se desenvuelve el niño (principalmente casa y escuela), han efectuado diversas investigaciones que enfatizan aspectos importantes como, su etiología: entre las posibles causas del TDAH se encuentran los factores biológicos, el retraso madurativo, factores pre y perinatales, influencias genéticas y otras variables propias del ambiente del niño; sus consecuencias: los síntomas del TDAH afectan tanto los aspectos cognitivos, sociales y emocionales del niño, desencadenando en la adolescencia o en la edad adulta índices elevados de abuso de alcohol y drogas, riesgos al conducir, accidentes de tráfico más frecuentes, muertes traumáticas, problemas de comportamiento en donde el 25% y el 45% desarrollan conducta antisocial y el 25% alcanza criterios de Trastornos de la Personalidad Antisocial ; y su prevalencia: la cual se presenta del 3% al 7% de la población escolar. (Zaray, Padilla, Concepción, Ramos, García Medina. 2018/2019).

Evolución y características de los síntomas del TDAH

La aparición de indicadores tempranos que pueden constituir un factor de riesgo de una posible aparición del TDAH hace que, aunque no se sepa con contundencia el diagnóstico, se pueda empezar a intervenir sobre las conductas problemáticas para paliar la sintomatología. Cuanto antes sea detectado un problema, antes se podrán adoptar las medidas oportunas para paliarlo (Lavigne y Romero, 2010). La detección temprana de este trastorno es muy importante ya que afecta al desarrollo psicológico de los niños afectados, interfiriendo en su funcionamiento social, emocional y cognitivo, pudiendo perjudicar su calidad de vida (Escobar et al., 2008; Serrano-Troncoso et al., 2013).

Síntomas Principales

El TDAH, es el término que se utiliza para describir un trastorno que se presenta en niños, adolescentes y adultos con manifestaciones diferentes según la edad y la intervención realizada. Por ello, para identificar sus síntomas y darle un adecuado tratamiento que mejore su pronóstico y evaluación, es necesario conocer

a profundidad las tres variantes, las cuales hacen parte fundamental de este trastorno, ya que a partir de su pleno entendimiento, se podrán hacer distinciones que estén enfocadas a abordar apropiadamente el TDAH.

Inatención: Esta va acompañada de somnolencia y distractibilidad, dificulta el esfuerzo de atención cuando se realiza un conjunto de tareas durante un periodo prolongado, lo que da por resultado manifiestas deficiencias en la ejecución de las mismas, deficiencias que se deben a las falla en el estado de alerta para mantener la atención y la atención selectiva, así como la desorganización y desestructuración que impide realizar ciertas actividades.

Impulsividad: Puede expresarse en respuestas precipitadas o en la incapacidad de esperar que llegue el turno propio para participar en tareas o juegos de grupo. También puede incluir torpeza motriz y deficiencia visoespacial. De esta manera, los niños que presentan impulsividad son propensos a los accidentes y a tener problemas con sus compañeros de clase, ya sea interrumpiendo, hablando o preguntando sin consideración, distrayendo a los demás, cambiando constantemente de una tarea a otra o realizando actividades escolares inapropiadas, generando un ambiente caótico en el salón de clases.

Hiperactividad: Esta puede traducirse en movimientos sin descanso, en la dificultad para permanecer sentado y en una constante propensión a manipular los objetos. A menudo se manifiesta como una inquietud excesiva en la forma de hablar, lo que es poco tolerado en la escuela y acaba por convertirse en una frustración para los padres y profesores, quienes pierden finalmente la paciencia. (DSMIV-R).

Barkley (1997) es el autor con mayor influencia en el estudio del TDAH y concibe el TDAH como un trastorno de la inhibición de respuesta ligada al autocontrol. Propone un modelo híbrido de autorregulación y funciones ejecutivas, mediante el que intenta explicar los déficits comportamentales y cognitivos asociados al TDAH. Su base es que el déficit en la inhibición comportamental producirá un efecto adverso sobre la autorregulación y las funciones ejecutivas (Lavigne y Romero, 2010). La idea central de la Teoría de Barkley es la relación

jerárquica entre la inhibición conductual, varias funciones cognitivas y el control motor. En las personas con TDAH el principal problema es el déficit para inhibir su conducta. Autores como Quay (1997), Schachar, Tannock y Logan (1993), Sergeant (2000), Sonuga-Barke, Taylor y Hepinstall (1992), y Van der Meere (1996) ya analizaron los problemas del TDAH a partir del déficit en la inhibición conductual (Lavigne y Romero, 2010). La inhibición es «la capacidad para responder o no a los acontecimientos que ocurren alrededor, en función de los que se demande en cada momento» (Barkley, 2006). La inhibición es la base de las FE y es lo que permite que aparezcan y se desarrollen. Los niños con TDAH muestran dificultades para inhibir las respuestas inmediatas ante un determinado estímulo o elemento (impulsividad). Detener la respuesta iniciada ante una orden o ante el feedback de sus errores (sensibilidad a los errores). Se trata de ser capaz de parar y pensar antes de actuar. El control de la interferencia o resistencia a la distracción, consiste en ser capaz de controlar las interferencias tanto externas como internas mientras se lleva a cabo una acción. Hay cuatro dominios ejecutivos que Barkley (1997) considera alterados en los niños con TDAH:

1. Memoria de trabajo. Es la «capacidad para mantener internamente representada -o activa- una información sensorial en la mente durante un tiempo». Permite retener los acontecimientos y experiencias previas y manipular y dirigir las acciones futuras. Posibilita la retención de la información para utilizarla cuando ha desaparecido el estímulo. Permite la percepción retrospectiva y prospectiva, la capacidad de previsión, el dominio del tiempo y organizar la conducta a lo largo del tiempo.

2. Habla dirigida o encubierta. Es el diálogo que se mantiene con uno mismo. Proporciona los medios para describir los acontecimientos y reflexionar sobre ellos antes de responder. Permite de forma autónoma regular el comportamiento, seguir reglas e instrucciones, cuestionarse la resolución de problemas y construir metas reglas y planes. Las personas con TDAH tienen deficiencias en el habla autodirigida y en la conducta guiada por normas.

3. Autorregulación. Control de la motivación, las emociones y el estado de alerta. Capacidad para dirigir la conducta en ausencia de una recompensa inmediata. Es la capacidad para inhibir y demorar las reacciones emocionales que pueden provocar los acontecimientos, sustituyéndolas por una evaluación objetiva y racional que permita el control de la conducta dirigido hacia una meta. Los

individuos con TDAH son más emotivos y tienen dificultades para inhibir sus reacciones emocionales y separarse de la carga afectiva de los hechos.

4. Proceso de reconstitución: requiere análisis (descomponer la conducta en los elementos básicos) y síntesis (recombinar dichos elementos de forma coherente para autodirigir la conducta eficazmente mediante la adopción de las decisiones correctas y eficientes). Los individuos con TDAH tienen dificultades en el proceso de reconstitución.

Según el modelo de Barkley, el TDAH se contempla más como una disfunción ejecutiva que como un déficit de atención. La falta de atención es una consecuencia de un fallo en el sistema ejecutivo; concretamente, es el resultado de la baja actividad del sistema de inhibición conductual junto con un pobre control de la interferencia. Barkley señala que es la atención sostenida la que se encuentra afectada. El problema no radica tanto en poder o no focalizar la atención; más bien reside en la persistencia y en la direccionalidad de esta atención. El sujeto con TDAH no puede prestar atención a los estímulos de forma persistente (Artigas-Pallarés, 2009), por lo que el déficit de atención sería una consecuencia del fallo general del sistema ejecutivo provocado por la falta de inhibición conductual. El modelo de Barkley resulta útil para explicar el subtipo combinado (Barkley 2006b), ya que, sostiene que los niños con TDAH muestran dificultades para inhibir las respuestas inmediatas ante un determinado estímulo o elemento (impulsividad), no son capaces de parar y pensar antes de actuar y esta falta de autocontrol se hace ver también a la hora de sostener la atención, no pueden controlar las interferencias externas e internas para poder mantener la atención.

Tratamiento

En torno a esta problemática se han planteado diversas opciones de tratamiento que incluyen intervenciones de tipo psicológico, educativo y farmacológico, siendo esta última la más apetecida por padres, maestros y médicos, por ser una alternativa de acción breve y cuyos efectos aparecen a pocas horas de haberlas consumido.

Tratamiento Farmacológico

El tratamiento farmacológico del TDAH se remonta al año 1937 cuando Charles Bradley administró a un grupo de pacientes que mostraban conductas

hiperactivas benzedrina, una combinación de dextro y levoanfetamina y observó que estos mejoraban considerablemente su sintomatología (Sauceda y Maldonado, 2005).

A finales de los años 50 se comercializó por primera vez el hidrocloruro de metilfenidato (MPH), un derivado de la piperidina con una estructura similar a la de las anfetaminas (Pozo, de la Gandara, García García, 2005) y fue a partir de ese momento hasta la actualidad que el MPH ha sido considerado el fármaco de primera elección y el más utilizado para tratar el TDAH (NICE, 2008).

Los fármacos que sirven para tratar el TDAH facilitan la liberación y la acción continuada de los neurotransmisores de los circuitos neuronales del SNC implicados en las funciones ejecutivas (Brown, 1996).

A día de hoy las medicaciones de primera línea para tratar el TDAH se dividen en dos grupos: estimulantes y no estimulantes. En el grupo de fármacos estimulantes, el MPH se considera de primera elección (NICE, 2008). Además del MPH existen otros estimulantes que se utilizan para abordar este desorden como la dextroanfetamina, una mezcla de sales de anfetamina, pemolina magnética y modafinilo (Díez, Figueroa y Soutullo, 2006) (NICE, 2008). El grupo de fármacos no psicoestimulantes parecen ser eficaces para tratar el TDAH por su efecto noradrenérgico y/o dopaminérgico como es el caso de la atomoxetina, los antidepresivos tricíclicos, el bupropión y los agonistas alfaadrenérgicos (Díez, Figueroa y Soutullo, 2006) (NICE, 2008).

Fármacos psicoestimulantes: Los fármacos estimulantes del SNC constituyen el tratamiento médico más frecuentemente usado en el TDAH. Existen más de 200 estudios randomizados y controlados que confirman la efectividad de los estimulantes sobre los síntomas centrales de este trastorno (MTA, 1999) (Greenhill, Pliszka, Dulcan, Bernet, Arnold, Beitchman, Benson, Bukstein, Kinlan, McClellán, Rue, Swau y Stock, 2002). De los fármacos estimulantes, el MPH es el más estudiado (Wilens y Spenser, 2000) (Greenhill, 2002).

Fármacos no psicoestimulantes: La atomoxetina ha sido el primero en ser aprobado para abordar este trastorno tanto en niños, adolescentes y adultos.

Su mecanismo de acción consiste en inhibir de manera selectiva el transportador presináptico de la NA por lo que impide su recaptación.

En cuanto a su eficacia terapéutica, la atomoxetina parece tener los mismos efectos que el MPH, no obstante, la publicación de la guía NICE prioriza la

utilización del MPH siempre y cuando el paciente no presente comorbilidad con trastornos de ansiedad, en tal caso, la atomoxetina será el fármaco de primera elección debido a que resulta eficaz para ambos desordenes (Loro-López, 2009) (NICE, 2008).

En cuanto a los efectos secundarios, los más frecuentes suelen ser astenia, dolor abdominal, cefalea, pérdida de peso y apetito (Pozo, 2005).

Otro tipo de fármacos utilizados son los agonistas alfaadrenérgicos, como la clonidina y la guanfacina por sus efectos sobre el sistema noradrenérgico. De estos dos agonistas la clonidina ha sido el más estudiado, se ha visto que es un fármaco que disminuye de manera significativa la hiperactividad, la agresividad y aumenta la tolerancia a la frustración, pero en cambio, tiene pocos efectos sobre la atención (Pozo, 2005). En cuanto a sus efectos secundarios puede provocar episodios de hipotensión y alteraciones cardíacas, somnolencia y sequedad de boca (Díez, 2006).

El tratamiento de hiperactividad basado en la farmacología se ha convertido desde varias décadas en una de las opciones más utilizadas por padres, maestros, médicos y demás debido a los “efectos a corto plazo” que este ejerce en el comportamiento del paciente. Entre los fármacos más utilizados están los estimulantes como Ritalin/Rubifen (metilfedinato), Dexedrina (destroanfetamina) y, de posterior aparición Cylert (pemolina), siendo estos los más recetados en un 90% de los casos; afirmación que evidencia el número elevado de personas que son tratadas farmacológicamente como única elección de intervención. Este panorama muestra una cruel realidad, debido a que se ha dejado esta gran responsabilidad a los fármacos como posible solución a lo que se llamaría un problema; motivo por el cual los padres bajo la presión de muchos factores, como son el estrés, la ansiedad, el temor, entre otros, acceden por tomar esta alternativa sin tener en cuenta las consecuencias posteriores. El principio activo del metilfedinato, es un potente inhibidor de la receptación de dopamina (DA) y noradrenalina (NA) y está considerado según la Agencia Antidroga Norteamericana (DEA) como una de las drogas más adictivas que existen, ya que sus datos indican que “ni animales ni humanos, encuentran diferencia entre cocaína, anfetamina o metilfedinato cuando se administran de la misma manera en dosis comparables”. Cabe destacar que los efectos adversos psiquiátricos relacionados con Ritalin y otros medicamentos para

tratar a los niños diagnosticados con TDAH, incluyen alucinaciones y comportamientos psicópatas así como agresividad y actitudes violentas. Es trascendental resaltar que aunque el tratamiento farmacológico no representa beneficios a la evolución del trastorno, existen otros autores que muestran los efectos positivos del uso de este tipo de medicamentos. Sin embargo, uno de los objetivos de esta investigación se basa en resaltar la intervención psicológica como nueva alternativa en el tratamiento del TDAH, a partir de la implementación de técnicas que contribuyan a mejorar el pronóstico de los pacientes.

Tratamiento Psicológico

La disciplina psicológica está constituida por una diversidad de enfoques que buscan a partir de sus postulados, ofrecer aportes que contribuyan a minimizar las problemáticas que afectan el comportamiento humano. De ahí que, surgen las intervenciones de tipo conductual y cognitivo, como medidas terapéuticas para abordar lo que ha sido considerado a través de los años, como uno de los trastornos que presenta más prevalencia en la población infantil (TDAH). Desde este enfoque, la intervención conductual inició sus investigaciones para tratar la hiperactividad a través de la técnica del refuerzo positivo y el coste de respuesta. A partir de estos estudios, se demostró que los niveles de actividad pueden controlarse mediante la manipulación de variables ambientales y por medio del refuerzo diferencial de conductas inapropiadas. Por otro lado, la intervención cognitiva también dio sus aportes al utilizar las autoinstrucciones como agentes modificadores de la conducta del niño, con el fin de promover tratamientos que promuevan principalmente la creación de estilos reflexivos en programas de entrenamientos dirigidos a la solución de problemas y mejora del autocontrol del niño hiperactivo, aspecto que evidenció que las mejoras observadas en la aplicación de autoinstrucciones y modelamiento contemplan el incremento de la capacidad atencional de los niños y el incremento de la conducta dirigida a la tarea durante la fase de tratamiento. Desde esta premisa, los problemas de generalización de las ganancias terapéuticas del entrenamiento mediante las autoinstrucciones hicieron que muchos autores consideraran la posibilidad de incorporar a las técnicas operantes los planteamientos cognitivos, lo que dio lugar a la creación de un enfoque cognitivo-conductual en el tratamiento de la hiperactividad. Bajo este enfoque, se utilizan estrategias de intervención dirigidas al niño basadas en la combinación de

entrenamiento en la solución de problemas, autoinstrucciones, modelamiento, auto observación, autorefuerto, etc. Así, los tratamientos cognitivos conductuales incluyen una mejoría en los problemas de atención, el rendimiento académico, su relación social con los adultos y compañeros de su entorno y una disminución de la sobre actividad y de las interacciones sociales inadecuadas. (Gandía-Benetó R, Mulas F, Roca P, Ortiz-Sánchez P, AbadMas L. 2015).

La implementación de estas técnicas pretenden capacitar a los sujetos para controlar su propia conducta y disponer de habilidades o estrategias, que le permitan un análisis de los problemas, indagar sobre posibles soluciones y optar por aquellas que resultan las más adecuadas para realizar la tarea.

Técnicas Cognitivo-Conductuales

Entre las técnicas más utilizadas se destacan las siguientes:

-Entrenamiento en solución de problemas: se basa en conseguir el autocontrol a través de la creación de un mecanismo de pensamiento secuencial que requiere la utilización de autoinstrucciones, basado en la ejecución de tareas académicas sencillas, sociales y en situaciones interpersonales.

-Entrenamiento autoinstruccional: consiste en verbalizaciones que buscan controlar y regular la atención de los niños, en la resolución de problemas que se dan en diversos contextos. Pretende fomentar el uso del lenguaje o del habla en la autorregulación del comportamiento. El procedimiento completo de entrenamiento en autoinstrucciones es:

1. Modelado cognitivo: El adulto (terapeuta o educador) actúa como modelo y lleva a cabo una tarea mientras va diciendo en voz alta cada cosa que hace.
2. Guía externa en voz alta: El niño lleva a cabo la misma tarea propuesta por el adulto mientras este verbaliza las instrucciones.
3. Autoinstrucciones en voz alta: El niño lo vuelve a hacer mientras se va diciendo a sí mismo en voz alta las instrucciones para resolver la tarea.
4. Autoinstrucciones enmascaradas: El niño lleva a cabo la tarea y verbaliza las instrucciones en un tono de voz muy bajo.

5. Autoinstrucciones encubiertas: El niño guía su propio comportamiento a través de instrucciones internas, mientras va desarrollando la tarea.

-Entrenamiento de inoculación de estrés: está diseñado para ayudar a los individuos a manejar eventos estresantes como son situaciones en las que surgen ansiedad, ira o dolor, en donde se enseña una variedad de habilidades cognoscitivas y de autocontrol para reducir el impacto de estos eventos.

-Modelado participativo: es un proceso de aprendizaje observacional en el que el terapeuta actúa como estímulo para generar conductas, pensamientos o actitudes semejantes en los niños que observan su actuación. Esta técnica es utilizada tanto para adquirir conductas o habilidades como para inhibir o desinhibir conductas determinadas.

-Utilización de contingencias: Pretende controlar los factores ambientales implicados en las alteraciones básicas del trastorno, sobreactividad o desinhibición conductual y favorecer, a su vez, el entrenamiento en procedimientos cognitivos conductuales que fomentarán la aparición de comportamientos y estrategias alternativas.

-Costo de respuesta: implica básicamente la pérdida de un beneficio o privilegio como consecuencia de algún comportamiento inadecuado. Así mismo consiste en reforzador positivo de manera contingente a la emisión de una conducta. Con ello se consigue una rápida y relativa reducción del comportamiento con efectos duraderos parecidos a los del castigo.

-Economía de fichas: Se utiliza para promover el comportamiento deseado por medio del control de los reforzamientos. Estos pueden ser privilegios especiales u otras cosas deseadas por el paciente.

-Retroalimentación: es un reforzador condicionado que hace referencia al conocimiento de los resultados de la propia ejecución y no siempre incluye eventos adicionales que pudieran ser reforzantes por mérito propio.

-Reforzadores sociales: son reforzadores que se administran fácilmente en la vida diaria y en un gran número de situaciones incluyen: el elogio verbal, atención, el contacto físico (incluyendo los toques de afecto o aprobación, palmaditas y apretones de manos) y las expresiones faciales (que abarcan sonrisas, contacto visual y guiños).

-Contrato de contingencias: consiste en establecer un acuerdo formal entre el

terapeuta y el paciente, donde se definen las consecuencias de ciertos comportamientos.

-Reforzador positivo: hace referencia al incremento en la frecuencia de un comportamiento deseado, subsecuente a la presentación del reforzador.

-Técnica de la tortuga: esta técnica pretende el autocontrol de la conducta impulsiva en el aula, revelándose muy útil en situaciones de descontrol para carga emocional. Se aplica con todo el grupo de clase y se introduce utilizando la historia de una tortuga en cuyo comportamiento se refleja la problemática de descontrol del niño con TDAH.

-Ejercicios de atención plena (Mindfulness): La práctica de mindfulness influye de manera poderosa en el cultivo de la empatía, la compasión, las habilidades de escucha del terapeuta y el desarrollo de una presencia plena. Todo ello incide de manera importante en la relación que establecen el terapeuta y el consultante. Un ejercicio sería: Sentados de manera relajada y consciente respiramos lenta y profundamente tres veces para insuflar energía y paz interior a la práctica. Respiramos normalmente prestando atención a la respiración, prestando atención a las fosas nasales o al abdomen. Nos fijamos en las inhalaciones, en la exhalación y en los espacios entre ellas. (Kerman, 2015)

MÉTODO

Metodología de trabajo

Este proyecto de intervención psicopedagógica, se llevará a cabo a través de la aplicación de un tratamiento basado en técnicas cognitivo-conductuales en niños de 6 y 7 años con TDAH.

La muestra elegida para el desarrollo de la investigación serán 10 niños de edad entre 6 y 7 años que presenten síntomas de Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad.

Procedimiento: la investigación se realizará a partir de las siguientes fases:

Fase I: Selección de los niños con síntomas de posible TDAH, con consentimiento de los padres. (Anexo 1)

Se seleccionarán 10 niños de edad entre 6 y 7 años que presenten síntomas de TDAH. La selección se hará bajo la constancia de consentimiento informado de los padres y teniendo en cuenta como criterio de inclusión para la investigación: que no estén bajo tratamiento (farmacológico, psicológico) de otros profesionales.

Fase II: Aplicación de la Tabla de evaluación según criterios del DSMIV-R, con el fin de confirmar la presencia del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

Dicha tabla especifica los principales síntomas del TDAH (atención, hiperactividad e impulsividad) en donde la presencia de seis o más síntomas en cada categoría, incluyen la presencia del trastorno.

Fase III: Aplicación de test a los docentes y padres, con el fin de tener un punto de referencia inicial sobre el estado actual del trastorno, especificando las conductas que estaban presentando los niños (en los contextos casa y escuela) antes de la aplicación de las técnicas cognitivas-conductuales.

Fase IV: Aplicación del plan de intervención Cognitivo-Conductual durante diez sesiones con diferentes actividades.

Fase V: Evaluación de los resultados obtenidos durante el proceso de intervención. Se aplicará nuevamente el test a docentes y padres para comparar con los resultados del primer test que se tomó antes de la intervención.

Fase VI: Encuentro con los docentes y padres para informar sobre la aplicación de las técnicas cognitivo-conductual y sus resultados.

Duración

Esta investigación será aplicada en el transcurso de dos meses, dos encuentros por semana.

Responsables

Psicopedagoga a cargo de la investigación.

Destinatarios (Directos e indirectos)

Directos: Niños de 6 y 7 años de la UEGP N°61 de Villa Ángela-Chaco

Indirectos: docentes y padres.

Localización Física:

UEGP N°61 Villa Ángela-Chaco

Recursos (materiales, humanos, financieros, entre otros)

Humanos:

- ✓ Niños con TDAH entre 6 y 7 años
- ✓ Psicopedagoga
- ✓ Docentes
- ✓ Padres

Materiales:

- ✓ Tabla de evaluación según criterios del DSMIV-R para diagnosticar niños con Déficit de atención con Hiperactividad (TDAH): Especifica los principales síntomas del TDAH (atención, hiperactividad e impulsividad) en donde la presencia de seis o más síntomas en cada categoría incluyen la presencia del trastorno. En este punto cabe señalar que, este instrumento fue implementado para confirmar la presencia del trastorno, permitiendo una valoración desde la disciplina psicopedagógica. (Anexo 2)
- ✓ Escala para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Test para docentes y padres. (Anexo 3)
- ✓ Formato de seguimiento de cada sesión: instrumento creado a partir de los criterios propuestos por el DSMIV-R para el diagnóstico del

TDAH; el cual fue diseñado para establecer a partir de la presencia o ausencia de los síntomas, la evolución del trastorno presente en cada niño. (Anexo 4)

- ✓ Formato de Auto-evaluación de cada sesión: Formato basado en la técnica cognitivo-conductual en la que el niño evalúa su proceso durante cada sesión, que se realiza por medio de una escala de 1 a 5 puntos distribuidos de la siguiente manera: 1= No pude lograrlo; 2= Muy mal; 3= Pasable; 4= Muy bien; 5= Genial. (Anexo 5)

Programa de actividades

Sesión 1: contacto con el niño: autoevaluación general de comportamientos positivos y negativos. Búsqueda de soluciones y planteamiento general del tratamiento. Se trabajará con carteles con imágenes de niños donde se visualicen diferentes comportamientos y luego, dialogar con ellos sobre los comportamientos negativos, sus consecuencias y las posibles soluciones.

Sesión 2: jugar al Memory: auto-observación del proceso de solución de problemas del niño. Utilizar fichas de imágenes, cada una con un par igual, colocarlas boca abajo y el alumno irá destapándolas hasta encontrar todas las parejas de imágenes. Luego de la actividad los alumnos completarán la hoja de autoevaluación de la sesión.

Sesión 3: aplicar las autoinstrucciones en las tareas de fichas de identificación de figuras iguales, identificación de figuras iguales siguiendo un código. Se explica el sistema de refuerzos. Se usará fichas con diferentes figuras, de las cuales dos serán iguales. Se le solicitará al alumno que primero identifique la figura igual y luego que la coloree. Se aplicarán todos los pasos de las autoinstrucciones descritas anteriormente. Luego de la actividad los alumnos completarán la hoja de autoevaluación de la sesión.

Sesión 4: qué son las estrategias, explicar a los alumnos que se puede pensar en un plan de acción para lograr un objetivo determinado. Aplicar auto-instrucciones a una tarea de ordenar historias temporales y laberintos, enumerar estrategias. Se aplicarán todos los pasos de las autoinstrucciones. Luego de la actividad los alumnos completarán la hoja de autoevaluación de la sesión.

Sesión 5: aplicar el juego de damas chinas, valoración de la aplicación de auto-instrucciones del niño. Criterio: 1 punto por cada movimiento correcto. Se

utilizará el tablero y las fichas del juego de damas chinas, los niños deberán trasladar las fichas a la esquina opuesta. Luego de la actividad se completará la hoja de autoevaluación.

Sesión 6: presentación de la técnica de la tortuga: historia, dramatización y aplicación del refuerzo. Esta técnica fue diseñada por Scheneider como un método eficaz para el autocontrol de la conducta impulsiva, revelándose muy útil en situaciones de descontrol para carga emocional. Se aplica al grupo de niños utilizando la historia de una tortuga en cuyo comportamiento se refleja la problemática de descontrol del niño con TDAH. Consiste en adoptar una postura cerrando los ojos, pegando los brazos al cuerpo, bajando la cabeza introduciéndola entre los hombros y replegándose encogiendo las piernas como una tortuga en su caparazón. De esta forma relajarán sus músculos y evitarán actuar de forma impulsiva. Luego de la actividad completarán la hoja de autoevaluación de la sesión.

Sesión 7: aplicación de auto-instrucciones a un problema de matemáticas y a una tarea de lenguaje. Se les presentará una actividad de resolución de un problema matemático (sumas y restas) y también una actividad de lectoescritura (armar oraciones a partir de una imagen presentada). Mientras realicen la actividad irán aplicando los pasos de autoinstrucciones. Luego de las actividades completarán la hoja de autoevaluación de la sesión.

Sesión 8: qué es la relajación, para qué sirve, experiencia de contracción y relajación muscular. Identificación de situaciones que nos ponen nerviosos. Los niños podrán narrar situaciones que los han puesto nerviosos alguna vez, luego, realizarán las prácticas de contracción y relajación muscular guiados por la terapeuta. Autoevaluación de la sesión.

Sesión 9: entrenamiento en discriminación de sentimientos: juego Memory de expresiones faciales, imitar los rostros, análisis de las diferencias. Se les presentará figuras de rostros con diferentes expresiones faciales (alegre, triste, enojado, confundido, asombrado, etc.), los niños deberán imitar esas expresiones y luego jugar para encontrar el par de cada figura. Después de la actividad deberán completar la hoja de autoevaluación de la sesión.

Sesión 10: entrenamiento en estrategias sociales: leer y hacer un dibujo de las situaciones problema a analizar. Se les presentarán pequeños cuentos que reflejen algún comportamiento negativo, los niños deberán leerlos, identificar la conducta o comportamiento que estuviera mal, hacer un dibujo del mismo y de la

manera en que ellos reemplazarían ese comportamiento por otro adecuado. Después de la actividad, completarán la hoja de autoevaluación de la sesión.

Cronograma

Semana/día/horario		Actividades
Semana 1	Martes 9:00hs	Selección de los niños con síntomas de posible TDAH
	Jueves 8:00hs	Reunión con padres. Presentación de constancia de consentimiento informado.
Semana 2	Lunes 9:00hs	Aplicación de la Tabla de evaluación según criterios del DSMIV-R, con el fin de confirmar la presencia del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.
	Miércoles 8:00hs	Aplicación de test a los docentes y padres
Semana 3	Martes 9:00hs	Sesión 1: auto-evaluación general de comportamientos positivos y negativos. Visualización de imágenes
	Jueves 9:00hs	Sesión 2: auto-observación del proceso de solución de problemas del niño. Juego Memory
Semana 4	Lunes 9:00hs	Sesión 3: auto-instrucciones. Identificación de figuras iguales siguiendo un código.
	Miércoles 9:00hs	Sesión 4: auto-instrucciones. Ordenar historias temporales y laberintos.
Semana 5	Martes 9:00hs	Sesión 5: auto-instrucciones. Juego de damas chinas.
	Jueves 9:00hs	Sesión 6: auto-control. Técnica de la tortuga: historia, dramatización y aplicación del refuerzo.
Semana 6	Lunes 9:00hs	Sesión 7: auto-instrucciones. Actividad de resolución de un problema matemático (sumas y restas) y también una actividad de lectoescritura (armar oraciones a partir de una imagen presentada).
	Miércoles 9:00hs	Sesión 8: Identificación de situaciones que nos ponen nerviosos. Los niños podrán narrar situaciones que los han puesto nerviosos alguna vez, luego, realizarán las

		prácticas de contracción y relajación muscular guiados por la terapeuta.
Semana 7	Martes 9:00hs	Sesión 9: entrenamiento en discriminación de sentimientos: juego Memory de expresiones faciales, imitación los rostros, análisis de las diferencias.
	Jueves 9:00hs	Sesión 10: entrenamiento en estrategias sociales. Lectura de cuentos. Identificación de conductas y comportamientos inadecuados.
Semana 8	Lunes 8:00hs	Aplicación de test a los docentes y padres
	Miércoles 8:00hs	Encuentro con docentes y padres para informar sobre la aplicación de las técnicas cognitivo-conductual y sus resultados.

Evaluación de Proyecto

La evaluación constituye una herramienta importante en el diagnóstico del niño, por lo cual, para efectos de esta investigación se utilizará como instrumento la tabla de evaluación según los criterios del DSM IV (anexo 2) para analizar el comportamiento de los niños antes y después de la intervención. Como así también, el test a docentes y padres, antes y después de la intervención (anexo 3). Además, en cada sesión se realizará la evaluación de la conducta del niño y sus aciertos en las tareas presentadas, a través de la evaluación de seguimiento (anexo 4) y la autoevaluación que hará cada niño de sí mismo (anexo 5).

SINTESIS Y CONCLUSIONES

En las primeras sesiones se observaron comportamientos propios del TDAH como excesiva inquietud motora, levantarse frecuentemente del lugar, responder sin haber terminado la pregunta, no terminar la actividad, así mismo, mostraban poca atención, no lograban seguir instrucciones, cualquier estímulo externo los desconcentraba y olvidaban las ordenes que se les impartía. Cada uno de los niños presentaba dichas conductas en diferentes niveles de acuerdo a su personalidad.

En la medida en que el proceso de intervención avanzaba se encontró que la conducta de los niños iba mejorando progresivamente, aumentaban el número de aciertos en las tareas ejecutadas, lograban permanecer en su lugar durante la sesión, terminaban las actividades presentadas, recordaban las ordenes que se les impartía y organizaban sus tareas gracias a su nivel de atención. Al mismo tiempo sus logros escolares eran superados y sus calificaciones mejoraron. Había más interés en las labores académicas.

El objetivo de esta investigación fue evaluar el impacto de una intervención del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, por medio de la aplicación de un programa cognitivo-conductual y por ende de las técnicas utilizadas, por lo que se destacan los resultados obtenidos a partir de las técnicas más utilizadas como la solución de problemas donde el niño podía analizar desde las situaciones de la vida cotidiana, las diferentes soluciones a un problema y tomar la más acertada; de igual forma las autoinstrucciones fue una técnica que se empleó durante todo el programa y permitió que cada niño analizara sus respuestas frente a la respuesta que pedía cada ejercicio, logró además, que analizaran a fondo la orden impartida siguiendo unos pasos como: ¿Qué debo hacer? ¿Cómo lo debo hacer? Buscar varias respuestas, elegir la más apropiada, evaluar si quedó bien o mal y corregir si está mal o felicitarlo si está bien. Al conocer esas autoinstrucciones los niños se sentían seguros al dar una respuesta. Por otro lado, se abordó el manejo del estrés y la agresividad con técnicas de relajación, ejercicios de imaginación y ejercicios de respiración, ayudando a su vez a que el niño controlara su cuerpo por más tiempo y logrando que estuviera quieto por más tiempo. Los niños aprendieron nuevas formas de canalizar sus energías y conectar su mente con el cuerpo mientras se relajan.

El tratamiento basado en técnicas de intervención cognitivo-conductuales

permitirá entonces, modificar positivamente las conductas de los niños que presentan el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Siendo esta la mejor opción de abordar la problemática sin tener que acudir al tratamiento farmacológico.

Conclusiones:

El TDAH dada su naturaleza y el proceso evolutivo tiene incidencias directas con el comportamiento, relaciones interpersonales, y las relaciones sociales de quien lo padece, afectando la relación con la familia, los docentes y otros agentes sociales del niño.

Frente a la problemática que presentan los niños con TDAH después de aplicar el programa cognitivo-conductual se observó una modificación de la conducta, mejoramiento cognitivo y fortalecimiento de vínculos familiares y educativos, con óptimos resultados en el proceso de resocialización.

La técnica implementada que obtuvo más cambios significativos en la conducta de los niños fue el entrenamiento en autoinstrucciones, ya que permitió mayor solución en los problemas y la adaptación a las diversas situaciones cotidianas.

Teniendo en cuenta la información suministrada por padres y docentes se encontró que todos los niños mejoraron académicamente, presentando mayor atención durante las clases y las tareas, así como disminución de la hiperactividad motriz, lo que favoreció la adaptación al entorno social.

La aplicación del programa cognitivo-conductual en esta investigación, permitió intervenir con la población de estudio sin distinción de clase social, de religión o cultural, ya que estos aspectos no intervienen en el diagnóstico. El programa se aplica a cualquier tipo de población.

Finalmente, se concluye que aunque se modificaron algunas conductas de los niños en los principales síntomas del TDAH (atención, hiperactividad, impulsividad), estos datos no son generalizables con toda la población que padezca este trastorno, ya que este estudio se realizó teniendo en cuenta unos criterios de inclusión específicos.

REFERENCIAS

- Arán Filippetti Vanesa y Mias Carlos Daniel (2009) Neuropsicología del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad: subtipos predominio Déficit de Atención y predominio Hiperactivo-Impulsivo. Sociedad de neuropsicología de Argentina.
- Arias Araneda Leticia, García Salazar Olga, Alarcón-Espinoza Marina (2019) Evaluación de los efectos positivos de un tratamiento multimodal para niños con déficit atencional con hiperactividad en la atención primaria de salud desde la perspectiva de madres usuarias.
- Castillo Armijo Pablo Eugenio, Caterin Estefani Henríquez Sepúlveda, Jasmin Verónica Hernández Aburto, Valentina Andrea Montoya Castro, Yazmin Del Rosario Salgado Lecaro. (2021) Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, diagnóstico, tratamiento y posibilidades. Revista Enfoques Educativos. Facultad de Ciencias Sociales - Universidad de Chile.
- Fernández Gacho, Víctor Arias González, Henar Rodríguez Navarro, Nuria Manzano Soto. (2020) Estudio e intervención en niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad de educación primaria. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, Universidad de Zaragoza.
- Fernández Jaén A, López Martín S, Albert J, Martín Fernández Mayoralas D, Fernández Perrone A, CallejaPérezB. (2017) TDAH: perspectiva desde el neurodesarrollo. RevNeurol.
- Gandía-Benetó R, Mulas F, Roca P, Ortiz-Sánchez P, AbadMas L. (2015) Cambio en la estrategia terapéutica ante una respuesta inadecuada al tratamiento farmacológico para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. RevNeurol.
- Kerman, Bernardo Samuel (2015) Nuevas Ciencias de la Conducta: las herramientas del cambio.
- Llanos Lizcano Leónidas José, Darwin José García Ruiz, Henry J. Gonzales Torres y Pedro Puentes Rozo (2019) Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 6 a 17 años. Rev Pediatr Aten Primariavol.21no.83Madridjul./sep.2019 Epub09-Dic-2019.
- López Feito Marta; Elena Poto Joana. (2018) TDAH: El papel del farmacéutico comunitario. Facultad de farmacia universidad complutense.
- Lurdes Duñó Ambrós (2014) TDAH infantil y metilfenidato. Predictores clínicos de respuesta al tratamiento. Universidad autónoma de Barcelona.

Manual Diagnóstico y Estadístico, revisión de edición IV (DSMIV-R)

Martín Fernández-Mayoralas D, Fernández-Perrone A, Muñoz-Jareño N, Fernández-Jaén A. (2017) Actualización en el tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención/ hiperactividad: lisdexanfetamina y guanfacina de liberación retardada. RevNeurol.

Quintero-Olivas Daiana Karely, Ena Monserrat Romero Pérez, José Aldo Hernández-Murúa. (2020) Calidad de vida familiar y TDAH infantil. Perspectiva multidisciplinar desde la educación física y el trabajo social. Universidad Católica del Maule.

Rubiales Josefina (2014) Perfil ejecutivo en niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica, vol. 2

Sordo Silvia Álaba (2018) Relación entre diagnóstico de TDAH y los procesos intelectuales y atencionales en muestra clínica: comparación entre TDAH y Trastorno de Aprendizaje. Universidad autónoma de Madrid.

Zaray, Padilla, Concepción, Ramos, García Medina. (2018/2019) TDAH: historia, concepto, evaluación, diagnóstico, sobre diagnóstico y tratamientos. Facultad de Psicología y Logopedia. Universidad de La Laguna.

ANEXO 1

Consentimiento informado de la familia

En forma libre y voluntaria yo, acepto que mi hijo/a forme parte del grupo de estudiantes que participarán en la investigación que tendrá como objetivo evaluar el impacto de una intervención del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, por medio de la aplicación de un programa cognitivo-conductual, a través de las sesiones terapéuticas que permitan modificar las conductas; estudio que estará a cargo de AnriquezYanina J. estudiante de la Licenciatura en Psicopedagogía modalidad a distancia de la Universidad de Flores, la cual se compromete a mantenernos informados acerca de la evolución del proceso terapéutico.

Firmado en la localidad de a los días del mes de del año

ANEXO 2

Tabla de evaluación según criterios del DSMIV-R

Nombre: _____ Grado: _____ Edad: _____
Colegio: _____ Fecha: ___/___/____ Sex: F
M

Nada 0

Poco 1

Bastante 2

Mucho 3

1 Tiene excesiva inquietud motora	0 1 2 3	H
2 Tiene dificultades de aprendizaje escolar	0 1 2 3	DA
3 Molesta frecuentemente a otros niños	0 1 2 3	H
4 Se distrae fácilmente, muestra escasa atención	0 1 2 3	DA
5 Exige inmediata satisfacción a sus demandas	0 1 2 3	H
6 Tiene dificultad para las actividades cooperativas	0 1 2 3	TC
7 Está en las nubes, ensimismado	0 1 2 3	DA
8 Deja por terminar las tareas que empieza	0 1 2 3	DA
9 Es mal aceptado por el grupo	0 1 2 3	TC
10 Niega sus errores o echa la culpa a otros	0 1 2 3	TC
11 A menudo grita en situaciones inadecuadas	0 1 2 3	TC
12 Contesta con facilidad. Es irrespetuoso y arrogante	0 1 2 3	TC
13 Se mueve constantemente, intranquilo	0 1 2 3	H
14 Discute y pelea por cualquier cosa	0 1 2 3	TC
15 Tiene explosiones impredecibles de mal genio	0 1 2 3	TC
16 Le falta sentido de la regla, del "juego limpio"	0 1 2 3	TC
17 Es impulsivo e irritable	0 1 2 3	H
18 Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros	0 1 2 3	TC
19 Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante	0 1 2 3	DA
20 Acepta mal las críticas del profesor	0 1 2 3	TC

ANEXO 3

ESCALA PARA LA EVALUACION DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD (EDAH)

Nombre:

Centro educativo:

Nivel escolar:

Edad:

Fecha:

Instrucciones: responda a cada cuestión rodeando con un círculo el grado en el que el alumno presenta cada una de las conductas descritas

Nada	Poco	Bastante	Mucho					
0	1	2	3					
1	Tiene excesiva inquietud motora			0	1	2	3	H
2	Tiene dificultades de aprendizaje escolar			0	1	2	3	DA
3	Molesta frecuentemente a otros niños			0	1	2	3	H
4	Se distrae fácilmente, muestra escasa atención			0	1	2	3	DA
5	Exige inmediata satisfacción a sus demandas			0	1	2	3	H
6	Tiene dificultades para las actividades cooperativas			0	1	2	3	TC
7	Esta en las nubes, ensimismado			0	1	2	3	DA
8	Deja por terminar las tareas que empieza			0	1	2	3	DA
9	Es mal aceptado por el grupo			0	1	2	3	TC
10	Niega sus errores o echa la culpa a otros			0	1	2	3	TC
11	A menudo grita en situaciones inadecuadas			0	1	2	3	TC
12	Contesta con facilidad, es irrespetuoso y arrogante			0	1	2	3	TC
13	Se mueve constantemente, intranquilo			0	1	2	3	H
14	Discute y pelea por cualquier cosa			0	1	2	3	TC
15	Tiene explosiones impredecibles de mal genio			0	1	2	3	TC
16	Le falta sentido de la regla, del "juego limpio"			0	1	2	3	TC
17	Es impulsivo e irritable			0	1	2	3	H
18	Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros			0	1	2	3	TC
19	Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante			0	1	2	3	DA
20	Acepta mal las indicaciones del profesor			0	1	2	3	TC

ANEXO 4

Formato de seguimiento de cada sesión

Nombre:

Fecha:

Conductas	Presente	Ausente
HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD		
Tiene excesiva inquietud motora		
Se precipita a responder sin haber oído completamente la pregunta o la orden impartida		
Se levanta frecuentemente de su lugar		
Deja sin terminar las tareas que empieza		
No se queda quieto por mas de cinco minutos		
ATENCION		
Se distrae fácilmente, muestra escasa atención		
Incapaz de seguir instrucciones		
Cualquier estímulo externo lo descentra de las tareas que está realizando		
Dificultad para planear y organizar tareas encomendadas		
Olvida con frecuencia las ordenes que se le imparten		

Observaciones:

ANEXO 5

Ficha de autoevaluación de la sesión

¿Qué hemos hecho hoy? (no pude lograrlo, me salió mal, pasable, muy bien, genial)



ANEXO 6

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO -*Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del RIUFLO. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial -compartir igual 4-0 internacional y siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra:

Desde la fecha []

Dentro de los 6 meses posteriores a su aceptación []

Otro plazo mayor detallar/justificar:

Lugar y fecha:

Firma y aclaración del autor: