

T **rastorno por déficit de atención: un modelo de Intervención Psicoeducativa.**

Lourdes Huertas Romera

Psicóloga. PV-5492 - Gabinete Psicopedagógico. Tfno: 96.367.40.16

RESUMEN

El presente artículo plantea el proceso de tratamiento de un caso de Trastorno por Déficit de Atención (TDA). Se recogen los datos de la evaluación diagnóstica inicial, delimitación de las áreas de intervención y criterios seguidos en la selección de las técnicas cognitivas y conductuales que componen el programa de intervención psicoeducativa.

Se analizan las actividades y dificultades surgidas en las sesiones de aprendizaje, así como la posterior generalización al aula de las habilidades aprendidas.

Por último se revisan los resultados obtenidos tras la aplicación del programa.

Las conclusiones apuntan a la idoneidad de los programas combinados de técnicas cognitivas y conductuales (entrenamiento en autocontrol, autoinstrucciones, autoevaluación reforzada) en la adquisición de estrategias atencionales.

PALABRAS CLAVE

Trastorno por Déficit de Atención (TDA). Intervención psicoeducativa. Autocontrol. Autoinstrucciones (A.I). Autoevaluación Reforzada (A.R).

ABSTRACT

This article poses the treatment process which has been developing in a case of Attention Deficit Disorder (ADD). Data of initial diagnosis assessment are included. It describes the intervention areas and the criteria to select different techniques and strategies that were used in the psychoeducational programme.

All the activities performed and the difficulties advised during the training sessions have been analyzed in addition to how the skills learned from a situation become overgeneralized to a large classroom situation.

Finally, it analyzes the results achieved after the programme performed.

As a conclusion it could be pointed out of the competence of combined programmes about cognitive and conductual technicals (self-control training, self-observing functions, and self mastery reinforced) in acquisition of attentional strategics.

KEY WORDS

Attention deficit disorder. Psychoeducational intervention. Selfcontrol. Self-observing functions. Self mastery reinforced.

INTRODUCCIÓN

La característica esencial del Trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad, es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en un sujeto de un nivel de desarrollo similar. (DSM - IV, 1995).

Las deficiencias de la atención pueden manifestarse en situaciones académicas, laborales o sociales. Los sujetos afectados de este trastorno pueden no prestar atención suficiente a los detalles, o cometer errores por descuido y realizado sin reflexión. A menudo no siguen instrucciones ni órdenes y no llegan a completar tareas escolares.

Alrededor del 20% de los casos diagnosticados de TDADH llevan asociado el diagnóstico de dificultades de aprendizaje (Manga, Furnier y Navarredonda, 1995), y se estima que entre el 40% y el 50% de los niños con TDADH también poseen trastornos específicos de aprendizaje.

Del análisis de la literatura al respecto, se observa que no existe una opinión unánime sobre si el TDA es un trastorno específico y sobre su relación concreta con la hiperactividad. (Manga et al, 1995; Taylor, 1991), consideran la hiperactividad como un síndrome y piensan que los problemas atribuidos al síndrome hiperkinético, o de hiperactividad, son propiamente resultado de deficiencias atencionales, más que de excesiva actividad.

El enfoque del DSM-IV resultaría adecuado en base a la numerosas evidencias que apuntan a la existencia de dos tipos de patologías: un trastorno atencional puro y otro con sobreactividad acompañado de impulsividad, a lo largo del desarrollo la inquietud psicomotora va desapareciendo, mientras que la impulsividad tiende a mantenerse.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un niño (J.C) de 9 años de edad, hijo único, escolarizado en 3^a curso de Educación Primaria en un Centro Público. La solicitud de intervención es efectuada en octubre-97, por la familia a instancias de la profesora del niño, ya que presenta problemas de atención que interfieren negativamente en su proceso de aprendizaje y rendimiento académico.

Asimismo, según datos aportados por la madre, en los últimos meses J.C se muestra más nervioso, le cuesta obedecer órdenes y precisa control constante para realizar las tareas escolares.

La madre no relaciona estas dificultades con cambios en la situación familiar, personal o social del niño.

En la historia prenatal y perinatal del niño, no se detecta ningún factor de riesgo. El desarrollo psicomotor de la 1^a infancia se realizó dentro de la normalidad desde el punto de vista evolutivo. Las pautas de sueño y alimentación fueron regulares. La madre lo recuerda como un niño agitado y nervioso. Únicamente se detecta un retraso en la adquisición del lenguaje, iniciándose el habla a los 2 años y medio.

EVALUACIÓN PSICODIAGNÓSTICA.

Se ha utilizado la siguiente batería diagnóstica:

- Escala de Inteligencia para niños de Wechsler (WISC).
- Test de Emparejamiento de Figuras Familiares (MFF).
- Inventario abreviado para el profesor (CONNERS).
- Cuestionario del profesor (DSM-IV).
- Inventario de síntomas infantiles-4 . Lista para padres.

El análisis de los resultados obtenidos nos muestra que su capacidad intelectual se sitúa ligeramente por debajo de la normalidad, con una acusada descompensación entre las áreas verbal y manipulativa. (El perfil de resultados aparece en la Tabla 1.)

En la aplicación de las subescalas verbales se observó una atención lábil, tiempo de latencia largo y respuestas no pertinentes, precisando con frecuencia la repetición del ítem para resituar al niño.

Su rendimiento en el Test de Emparejamiento de Figuras Familiares (MFF), se sitúa dentro de la media en cuanto al número de errores, confirmándose de nuevo la existencia de un tiempo de latencia elevado por pérdidas continuas de atención.

A nivel conductual, en el ámbito escolar se destaca la existencia de un elevado número de ítems que puntúan desatención; problemas para centrar la atención a detalles, dificultad para terminar tareas y organizarlas, distracción ante estímulos externos y olvido de actividades diarias. En el apartado de impulsividad la profesora puntuaba como "bastantes veces" la dificultad que mostraba J.C a mantenerse en una fila o esperar su turno en juegos. No aparecían conductas hiperactivas.

Esta información es corroborada con la de los padres que dentro del apartado de Inatención- Desorganización puntuaron como "muy a menudo" los siguientes ítems: tiene dificultad en poner atención a tareas y juegos; parece no prestar atención cuando se le habla directamente; evita hacer trabajos que requieren concentración; se distrae fácilmente por cosas que pasan a su alrededor. Tampoco aparecen conductas hiperactivas.

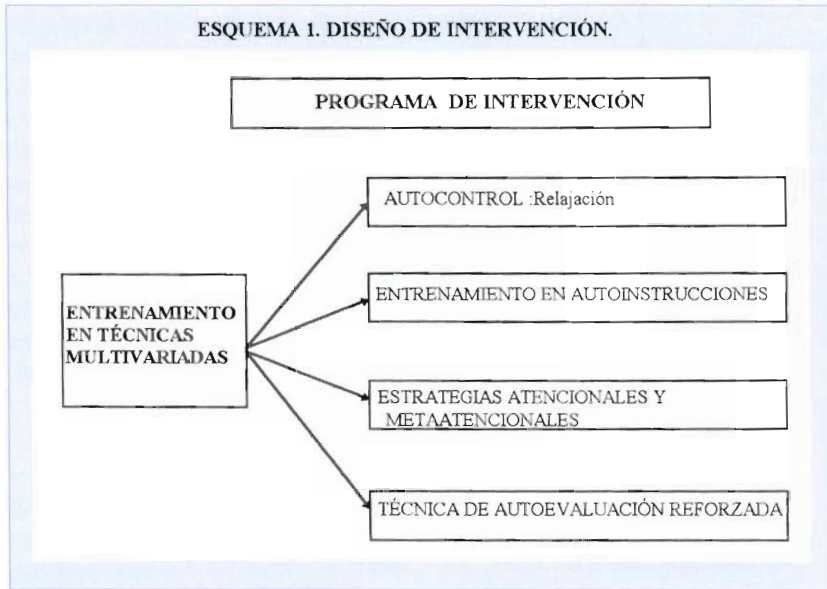
Conclusión Diagnóstica: las dificultades escolares que experimenta actualmente el niño parecen deberse fundamentalmente a deficiencias en la autorregulación que afectan también al control atencional. Las informaciones que han aportado la madre y la profesora y los resultados de las pruebas clínicas concuerdan en este sentido, sugiriendo la existencia de un Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad tipo con predominio del déficit de Atención, según la clasificación del DSM-IV.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

(Ver Esquema 1)

El diseño de la intervención viene justificado por la selección de un conjunto de técnicas cognitivo- conductuales (Meichenbaum, 1979), que basándose en la interiorización de normas mediante el lenguaje, faciliten la mejora de la planificación y el autocontrol en la realización de tareas.

ESQUEMA 1. DISEÑO DE INTERVENCIÓN.



La disfunción de la atención es un fenómeno que implica: dificultades para resistir la distracción, dificultades para atender intensa y selectivamente a estímulos específicos y dificultades para explorar estímulos complejos de modo planeado y eficiente (Taylor, 1985). Ayudando al niño a favorecer los mecanismos atencionales adecuados, se puede ir adquiriendo progresivamente un mayor control y una mejora de su nivel de competencia en las técnicas instrumentales básicas.

Dado que la impulsividad es el signo más consistente de los comportamientos prototípicos del Trastorno por Déficit de Atención, con o sin hiperactividad (López- Soler, 1986), el entrenamiento en autocontrol será un eje básico del programa de intervención diseñado. Se trata, pues de prestar ayuda al niño para la consecución del control del propio cuerpo, sin la ayuda de un agente externo, a fin de potenciar la reflexión, incrementando su habilidad para inhibir respuestas inapropiadas.

El entrenamiento autoinstruccional viene justificado por la presencia de conductas impulsivas y la escasez de estrategias de reflexión en la realización de tareas, irá encaminado a la modificación de las verbalizaciones internas utilizadas habitualmente por el niño.

La técnica de Autoevaluación Reforzada tendrá como objetivo prioritario la generalización de las autoinstrucciones a su actividad escolar. Asimismo, la A.R facilitará la adquisición de las habilidades necesarias para una autoevaluación realista de logros y errores.

Por otro lado visto el efecto directo de las experiencias académicas sobre el desarrollo del autoconcepto (Pascarella, et al, 1987), la A.R posibilitará la mejora de su motivación hacia el aprendizaje, influyendo positivamente en su rendimiento académico y en su autoestima.

Por último, el programa de intervención, comprende dos sesiones individuales semanales de una hora de duración, estructuradas del siguiente modo: 1. Relajación (10-15m). 2. Ejercicios de atención con entrenamiento autoinstruccional (25-30m). 3. Autoevaluación y consecución de refuerzos (10-15m). Con un total de 30 sesiones.

Además de las sesiones individuales se han mantenido sesiones de coordinación con la profesora y con la familia. Asimismo se observó la actuación y comportamiento del niño dentro del aula (relación con la profesora, con sus compañeros, trabajo individual en el aula...).

FASES DE LA INTERVENCIÓN. TÉCNICAS Y ACTIVIDADES

Entrenamiento en técnicas de autocontrol.

Los objetivos se han centrado en la observación de sensaciones corporales, la toma de conciencia progresiva de las posibilidades de coordinación y sensaciones internas asociadas. Todo ello sería la base para la adquisición de las destrezas previas para el aprendizaje de la relajación muscular.

Para ello, se ha utilizado el sistema de Entrenamiento en relajación muscular de Jacobson (1964), adaptándolo a la edad cronológica del niño.

Inicialmente, aparecieron dificultades en que el niño se centrara y mantuviese una actitud adecuada debido al propio déficit atencional. El cambio de actividad, compaginando juegos y tareas con la práctica de la relajación, permitió avanzar en la asimilación de la técnica, dedicando en cada sesión un tiempo variable (20 min: fase de entrenamiento y 10 min: posteriores).

Entrenamiento en autoinstrucciones (A.I).

El procedimiento seguido para el entrenamiento autoinstruccional ha sido el habitual: modelado por parte del educador, realización de la tarea según verbalizaciones del adulto, autoinstrucciones en voz alta, susurrado y ejecución en silencio con verbalización interna. Para el entrenamiento se han utilizado tareas sensoriomotoras de complejidad diversa y frecuentes en el ámbito escolar. (Son útiles las actividades incluidas por Vallet, 1980). Se decidió empezar por tareas sencillas de papel y lápiz (trazos, punteado, detección de errores en dibujos, laberintos, etc.....), para posteriormente incidir en las áreas académicas de lenguaje y matemáticas.

Entrenamiento en estrategias atencionales y metaatencionales.

Dado que J.C presentaba según el

diagnóstico unas estrategias de aprendizaje poco eficaces, se planteó la necesidad de intervenir siguiendo el esquema.

(Ver Esquema 2)

Siguiendo las indicaciones de Gosálvez (1990) para la mejora de la atención, el tratamiento a supuesto la aplicación constante e intensa de ejercicios; normalmente un mínimo de tres meses y de 15 a 20 min diarios (Gosálvez, 1990). Se utilizarán ejercicios y técnicas existentes en el mercado (véase, p.ejem, Gosálvez, 1986, 1988, Martínez, 1986), elaborándose también ejercicios nuevos adaptados a las características e intereses de J.C.

Entrenamiento en la Técnica de Autoevaluación Reforzada (A.R).

Miranda, A. y cols. diseñaron un programa de entrenamiento en A.R dentro del aula. Este programa fue utilizado de forma individualizada para entrenar a J.C. Los objetivos se encaminaron a cambiar el repertorio conductual en el que se basa el autoconcepto del evaluado, motivar al niño en el cumplimiento de sus tareas, incrementar el aprendizaje, potenciar la atención el niño hacia las tareas y aumentar la autoestima y el autoconcepto del niño. Las fases de entrenamiento han sido:

1ª FASE: Sensibilizar al niño sobre la importancia de seguir unas reglas.

Para ejemplificarlo de manera fácil y comprensible, se utilizó el cuento del Oso Arturo, como punto de partida que ayude a motivar al niño.

Explicación de las reglas concretas. Se explicó al niño la importancia de seguir las A.I a la hora de realizar tareas. A lo largo de 2 sesiones se entrenó a J.C para recordar lo anteriormente aprendido en el entrenamiento autoinstruccional.

2ª FASE: Entrenamiento en el juego de estar de acuerdo.

Teniendo en cuenta la escala de evaluación, diseñada a tal efecto, el niño al término de su tarea, observaba paso a

ESQUEMA 2: ENTRENAMIENTO EN ESTRATEGIAS ATENCIONALES Y METAATENCIONALES.

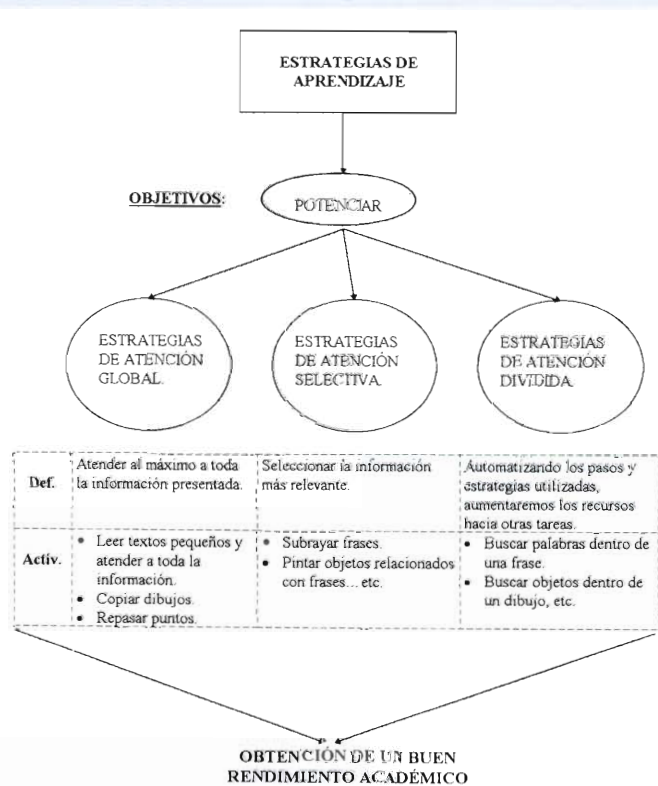


TABLA I. EVALUACION INICIAL. INTELIGENCIA

CUADRO RESUMEN DE PUNTUACIONES			
ESCALA VERBAL	Puntuación típica		
Información	4		
Semejanzas	3		
Aritmética	8		
Vocabulario	7		
Comprensión	7		
TOTAL VERBAL	29	C.I. VERBAL	68
ESCALA MANIPULATIVA			
Figuras incompletas	7		
Historietas	11		
Cubos	10		
Rompecabezas	11		
Claves	7		
TOTAL MANIPULATIVA	46	C.I. MANIPULATIVO	92
		C.I. TOTAL	77

TABLA 2: EVALUACIÓN DE RESULTADOS (WISC)

MES SUBPRUEBA	PUNTUACIÓN TÍPICA	
	ENERO	JUNIO
FIGURAS INCOMPLETAS	7	13
HISTORIETAS	11	11
CLAVES	7	10

TABLA 3: EVALUACIÓN DE RESULTADOS (MFF)

MES	PERCENTIL	
	ENERO	JUNIO
Nº TOTAL DE ERRORES	21	12
TIEMPO DE LATENCIA	98	86

paso su actuación y realización de las distintas tareas. En principio los juicios de J.C no concordaban con la escala valorativa ni con el juicio del educador (olvidaba las A.I, cometía faltas graves y en ocasiones no terminaba las actividades) y puntuaba su actuación como positiva dentro de la escala. Progresivamente fue adquiriendo mayor destreza a la hora de valorar su realización y actuación en las actividades, valorándolas más cuidadosamente y aproximándose a los juicios emitidos por el educador.

3ª FASE: Sistema de economía de puntos.

Explicación del sistema de puntos: se explicó el método de obtención de puntos. Cada vez que el niño coincidía en su evaluación con el educador conseguía 1 PUNTO. Esto motivaba la actuación del niño, tanto en la realización de las tareas como en la valoración que hacía de ellas. Los puntos

conseguidos al día se acumulaban y al final de la semana eran canjeados por juegos.

Preparar el menú de refuerzos. Indagamos premios y juegos preferidos por el niño y con su ayuda, diseñamos un listado de refuerzos. La demanda de colaboración en esta tarea ayudo a incrementar la autoestima del niño.

El entrenamiento en A.R se comenzó una vez conseguido el aprendizaje autoinstruccional (alrededor del tercer o cuarto mes de tratamiento), al considerarse la A.R como una generalización de las A.I a las tareas escolares y consecución de habilidades mediadoras en la realización de actividades académicas.

EVALUACIÓN

Para evaluar cuantitativamente los logros conseguidos por el sujeto tras el tratamiento, seleccionamos un conjun-

to de pruebas: las subescalas del WISC (figuras incompletas, historietas y claves), Test de Emparejamiento de Figuras Familiares (MFF). (Los resultados aparecen en las tablas 2 y 3). Tanto el profesor como los padres volvieron a rellenar los cuestionarios de conducta que cumplimentaron en la evaluación inicial, descendiendo las puntuaciones a límites normales.

En términos generales la eficacia del Programa de Intervención y de las técnicas utilizadas, se constata a nivel cualitativo-observacional, tanto en el ámbito escolar como en el familiar:

El entrenamiento en autocontrol permitió que J.C adquiriera un mayor control de autopercepción sensorial y corporal, aumentando su capacidad de respuesta a las exigencias externas. Según la profesora se redujo el tiempo necesario para completar las tareas y aumentó su interés por ellas. En ello contribuyó el entrenamiento en A.I y posterior generalización mediante la A.R. La madre manifestaba que J.C se mostraba más tranquilo y contento y aceptaba las normas más fácilmente, siendo capaz de trabajar en sus tareas con una supervisión ocasional. No obstante, persistía una tendencia a la distracción ante estímulos ambientales, así como respuestas poco reflexionadas e impulsivas que podían ser modificadas por otras estrategias más efectivas con la mediación del adulto. Todo ello indica la necesidad de continuar la intervención con una pauta específica que permita la automatización y transferencia de las habilidades a otras situaciones de aprendizaje.

A MODO DE CONCLUSIÓN

De la exposición del presente caso de TDA pueden extraerse una serie de conclusiones que se relacionan de manera esquemática:

Idoneidad de las intervenciones en el marco escolar para el tratamiento del TDA.

Eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales combinadas en el tratamiento del Trastorno.

Necesidad de conseguir la implicación del profesorado para la automatización, generalización y transferencia de las habilidades aprendidas. Habría por lo tanto que motivar a los profesores para que incluyeran en el currículum escolar actividades para enseñar a pensar a los alumnos, valorando no sólo el producto sino el análisis del proceso seguido en la resolución.

Por último, señalar la importancia de tratar el problema dentro de los contextos donde se manifiesta (para que los resultados sean duraderos). No podemos desvincular al niño de la familia. La colaboración de los padres es esencial, estos deben comprender el programa que necesita el niño y si se requiere, su participación activa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Beltrán, J. (1989). *Aprender a aprender. Estrategias cognitivas*. Madrid: cincel.

Bermejo, V. (1987). *Procesos atencionales y aplicaciones educativas*. *Psiquis*, VIII, 46-53.

Bonet, T. (1992). *Problemas psicológicos en la infancia. (Programas de intervención)*. Promolibro- cinteco. Valencia.

DSM-IV. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson.

Genoverd, C. (1982). *Orientación y consejo psicológico en el dominio de la atención*. Aspectos aplicados: UNED.

Gosálvez Celdrán, A. (1989). *Ejercicios de atención, concentración y memorización*. Madrid: CEPE.

Gosálvez Celdrán, A. (1990). *Técnicas para la orientación psicopedagógica*. Madrid: CEPE.

López Soler, C; García Sevilla, J. (1997). *Problemas de atención en el niño*. Pirámide.

Manga, D.; Fournier, C.; Navarredonda, A.B. (1995). *TDA en la infancia*. En A. Belloch,

B. Sandín y F. Ramos (eds). *Manual de psicopatología*. Madrid Mc Graw- Hill, 695-718.

Martínez Roca, (1986). *Test de atención, percepción y Aptitud numérica. Ejercicios resueltos*. Murcia: González Palencia.

Mayor, J.; Suengas, A. y González Marqués, J. (1993). *Estrategias metacognitivas. Aprender a aprender y aprender a pensar*. Madrid: Síntesis.

Miranda, A. Santamaría, M. (1986). *Hiperactividad y dificultades de aprendizaje*. Promolibro. Valencia.

Miranda, A. (1986). *Introducción a las dificultades de aprendizaje*. Promolibro. Valencia.

Moreno, I. (1995). *Hiperactividad. Prevención, evaluación y tratamiento de la infancia*. Madrid: pirámide.

Taylor, E.A (1991): *El niño hiperactivo*. Barcelona. Martínez Roca.

Vallet, R. (1980). *Tratamiento de los problemas de Aprendizaje*. Cincel. Madrid.

Vallet, R. (1980). *Niños hiperactivos*. Cincel -Kapelusz. Madrid.

Vega, J. L (1988). *Desarrollo de la Atención y Trastornos por Déficit de Atención*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.



DISTEST

DISTRIBUCIÓN DE TESTS PSICOLÓGICOS Y MATERIAL PSICOTÉCNICO: TEA Y MEPSA

Calle Bélgica, 24, 1º, 2º. • Teléfono y Fax 96 360 63 41 • 46021 VALENCIA

- MATERIAL PSICOTÉCNICO
- INFORMÁTICA Y AUDIOVISUALES
- Tests
- MATERIAL DIDÁCTICO
- Bibliografía
- CURSOS MONOGRÁFICOS
- APARATOS ENURESIS
- BIOFEEDBACK

HORARIO: Lunes a Viernes, de 9 a 14 y de 16 a 19 h.