

PROPUESTA PARA DECREMENTAR DEL DÉFICIT DE ATENCIÓN EN UNA MUESTRA DE NIÑOS DE EDUCACIÓN BÁSICA

PROPOSAL TO INCREASE THE ATTENTION DEFICIT IN A SAMPLE OF CHILDREN OF BASIC EDUCATION

ABSTRACT

Teresa de Jesús Mazadiego Infante¹

Claudia Araceli Durán Cruz²

Aileen Adara Rincón Miranda³

¹Profesora de Tiempo Completo en la Facultad de Psicología, email: tmazadiego@yahoo.com.mx

²Estudiante de la carrera de Psicología Campus Poza Rica de la Universidad Veracruzana, México, email: cadc95@outlook.com

³Estudiante de la carrera de Psicología Campus Poza Rica de la Universidad Veracruzana, México, email: a.rinconmiranda@gmail.com

Autor para correspondencia: tmazadiego@yahoo.com.mx*

Resumen:

El objetivo fue decrementar el déficit de atención en una muestra de 62 niños de educación básica. Se utilizó el Programa de corrección del déficit de atención de Solovieva, Quintanar y Flores (2002); teniendo resultados significativos, orientando a padres y profesores para su seguimiento y uso de técnicas de juego para mejorar la relación entre padres-hijos.

Palabras clave: programa correctivo TDA, déficit de atención, dinámicas cognitivo-conductuales.

Abstract:

The aim being to decrease the deficit of attention on a sample of 62 children from a public elementary school. The correction Program of Solovieva, Quintanar and Flores (2002) was used for attention deficit treatment, with significant results, leaving observations at parents and teachers to continue behavioral training techniques and use of game to improve the relationship between parents and children.

Keywords: ADHD, attention deficit, cognitive-behavioral dynamics, corrective program.

Recepción: 06 de marzo **Aceptación:** 25 de mayo

Forma de citar: Mazadiego, C. Durán, y Rincón A. (2016) “Propuesta para decrementar del déficit de atención en una muestra de niños de educación básica”. *Voces de la Educación*, 1 (2) pp. 69-76.

PROPUESTA PARA DECREMENTAR DEL DÉFICIT DE ATENCIÓN EN UNA MUESTRA DE NIÑOS DE EDUCACIÓN BÁSICA

Introducción

National Alliance for Hispanic Health (2005), reportó que entre el 3% y el 7% de los niños de edad escolar se ven afectados por el Trastorno del déficit de atención (TDA), con hiperactividad o sin ella. Cuando un niño presenta este déficit, toda su vida y entorno se ve afectado, desde su equilibrio y bienestar emocional, hasta su desempeño escolar. El TDA interfiere en su desarrollo y funcionamiento normal del niño, predisponiéndolo a trastornos psicológicos y sociales (Sabaté, Basses & Quiles, 1999; Vargas-Cordero, 2009).

Artigas (2009), Martínez (2012), Miranda, Soriano & García (2002), Miranda (2000) y Sonuga-Barke (2003) hacen referencia hacia algunos modelos cognitivos y psicológicos que explican al TDA a través de la hiperactividad e impulsividad como la expresión conductual y observable, de un trastorno en el funcionamiento cognitivo; reportando que la mayoría de los niños que se ven afectados son varones, teniendo menor incidencia en las niñas. Una de las áreas en las que más se puede notar la consecuencia del TDA, es en el ámbito escolar, ya que la falta de atención sostenida y el bajo desempeño del niño, son algunos de los síntomas más comunes, además de no poder estar sentado por estar en continuo movimiento, carecer de una atención focalizada, distraerse con facilidad, dificultad para seguir instrucciones, entre otros; por ello, las calificaciones de los niños con este padecimiento resultan bajas la mayoría del tiempo, impactando en su autoestima y aislamiento social (Miranda, Roselló y Soriano, 1998).

Por otro lado, al hablar sobre las consecuencias que los niños con TDA traen para una institución educativa, se observa que podrían retrasar el aprendizaje de todo un grupo, debido a que los profesores deben dedicarse a los niños con el déficit, para que no se rezaguen académicamente, mantenerlos ocupados requiriendo más atención por el profesor de grupo tanto académicamente como de inclusión social (Barkley, 2006; García-Pérez, 2006; INTEYFP, 2012).

Así mismo, la familia es el área más importante para la adaptación e integración de un niño con TDA, siendo una de las consecuencias, el estrés al que se enfrentan los padres, al asociar el comportamiento del niño con la insatisfacción de los padres por el comportamiento de su hijo y sobre su capacidad para ejercer su función y papel de padres (Barkley, 2000; Nigg & Hinshaw, 1998). Como resultado de estos factores, se presentan los problemas matrimoniales entre los padres, observándose un mayor número de separaciones, divorcios y hogares desintegrados donde se culpan mutuamente por el fracaso de sus hijos. Todas estas presiones a las que se enfrentan los padres como pareja, repercuten en la convivencia de la misma y esto conduce a un mayor riesgo de padecer trastornos de depresión o problemas con el alcohol (Harpin, 2005; Urzúa, Domic, Cerda, Ramos y Quiroz, 2009).

Barkley (2006) reportó las hipótesis que plantean al TDAH, como una alteración del funcionamiento ejecutivo y no un trastorno de la atención y al intervenirlos, inhibiendo la conducta e incidiendo de forma negativa en cuatro funciones neuropsicológicas que influyen en el sistema motor que controla el comportamiento dirigido a metas, estas cuatro funciones son: la memoria

operativa, la autorregulación de la motivación, las emociones y vigilia, la internalización del lenguaje y la reconstitución (análisis y síntesis). Barkley ha reportado un logro de mejoría en un rango aproximado entre un 15% a un 35 % de los niños diagnosticados con TDAH, esta mejoría progresiva la ha trabajado desde la adolescencia hasta la total curación entre los 30 y los 40 años. Por su parte, Miranda, Soriano y García (2002) reportaron cambios significativos observados en los niños con TDAH, en la disminución de movimientos excesivos y agresividad a través de un tratamiento cognitivo-conductual en menor tiempo. Por lo tanto, la presente investigación tuvo por objetivo decrementar el déficit de atención en una muestra de niños de educación básica, a través de un tratamiento cognitivo-conductual.

MÉTODO

Participantes

Se trabajó en la escuela primaria María Enriqueta que cuenta con 4 secciones, pero únicamente se trabajó en la sección B y D, donde se detectó un mayor porcentaje de niños con TDA. Se solicitó autorización a la Dirección y profesores de grupo y se envió un recado a los padres de familia, para que se enteraran del trabajo a realizar y lo firmaran autorizando la intervención.

Tabla 1. Grado escolar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primero B	5	8.1	8.1	8.1
	Segundo	6	9.7	9.7	17.7
	Tercero B	6	9.7	9.7	27.4
	Quinto	6	9.7	9.7	37.1
	Tercero D	16	25.8	25.8	62.9
	Tercero A	8	12.9	12.9	75.8
	Primero A	15	24.2	24.2	100.0
	Total	62	100.0	100.0	

Los participantes (Tabla 1) fueron los siguientes, encontrándose el mayor porcentaje el tercer grado de la Sección D (25.8%), siguiéndole el primer grado de la Sección A con el 24.2% y el tercero también de la Sección A (12.9%), siendo menores los porcentajes en los demás grados. El mayor porcentaje de las edades de los participantes correspondió a un rango entre 8 a 9 años (40.3%) de los tres terceros, siguiéndoles los dos primeros (54.8%) y de 10 a 11 años se tuvo un 4.9%. Y respecto al género, participaron 53 varones (85.5%) y 9 niñas (14.5%). La lateralidad de los participantes fue importante para determinar la preferencia utilizada por sus hemisferios. Por lo que se contó con 83.9% niños diestros, un 12.9% de niños zurdos y un 3.2% de ambidiestros.

Lugar: Se trabajó en pasillos, en algunos salones de clase, en las áreas verdes y en la cancha de la escuela, por lo tanto, se tuvo iluminación y ventilación natural, siendo los espacios adecuados para el tamaño de la muestra.

Materiales: El instrumento para medir el TDA de los niños (elaborado en la sintomatología que señala el DSM-V), el Programa de corrección para niños con Déficit de Atención (Solovieva, Quintanar y Flores, 2002), un cuestionario para aplicarse a los padres de los niños participantes,

hojas para iluminar, crayolas, pinturas, juguetes, juegos dirigidos, técnicas de relajación, dinámicas de intervención terapéutica, entre otros.

Procedimiento: *I Fase:* se aplicó la preprueba a todo el grupo donde se reportaron muchos casos y a aquellos niños reportados por cada docente; con el diagnóstico en los grupos señalados se obtuvo la muestra, siendo el criterio de inclusión, que presentaran desatención e hiperactividad, o más síntomas del TDA indicados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales de la APA (DMS-V, 2014). Se citó a una junta a todos los padres de familia de los niños que fueron diagnosticados con TDAH o TDA. En dicha reunión se presentó un video introductorio sobre el tema, explicando detalladamente el plan de trabajo a realizar y se respondieron preguntas y dudas por parte de los profesores y padres de familia.

II Fase: la Intervención fue desarrollada en dos subfases: 1) Sensibilización y 2) Trabajo terapéutico. En la *Sensibilización*, se trabajaron los sentidos de los niños a través de juegos y dinámicas para iniciarlos en la atención; para el seguimiento de instrucciones, control de impulsos, establecimiento de reglas y terminación de tareas fue utilizado el Programa de corrección para niños con Déficit de Atención, basado en la Teoría del Desarrollo de Vigotsky (1996). En el *Trabajo terapéutico*, se aplicaron estrategias humanista para el trabajo grupal y entrevista conductuales para modificar la conducta de los niños que presentaban conducta desafiante, quienes empezaron a avanzar de manera positiva; además de diferentes dinámicas, juegos dirigidos, relajación, elaboración de manualidades, entre otras.

III Fase: Cierre: se aplicó la posprueba y se hizo un pequeño convivio.

RESULTADOS

La fiabilidad encontrada en el instrumento utilizado para medir el TDA de los niños fue de 0.784, lo cual significó una buena fiabilidad interna del instrumento utilizado.

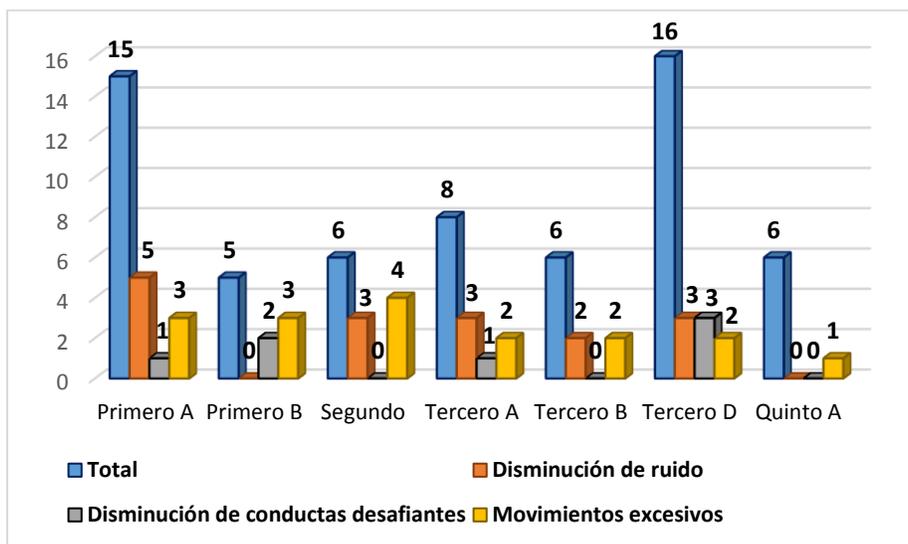


Figura 1. Resultados del tratamiento para la disminución del déficit de atención

Se realizó una comparación de medias aritméticas para conocer el impacto del taller en los participantes. Al inicio tanto niños como niñas de la escuela María Enriqueta mostraron altos índices de hiperactividad, puesto que se observaron diferentes actitudes y comportamientos, tales

como: subirse al mobiliario escolar, correr de manera excesiva, inquietud, conductas desafiantes, problemas para jugar en silencio, impaciencia, interrupción de conversaciones y descuido por la pérdida de sus útiles diariamente, distraimiento excesivo, tareas sin terminar, falta de atención en el seguimiento de instrucciones, entre otros.

Al término del taller, después de dos meses, atendidos una hora por cuatro días a la semana, los cambios en la conducta de los niños fueron muy significativos en la mayoría de los participantes en todos los grados, se mostraron conductas significativas sobre la *disminución del ruido al jugar*, disminución de conductas desafiantes y *disminución de movimientos excesivos* en todos los grados, aunque faltaron algunos niños y niñas de disminuir el trastorno por completo (Figura 1).

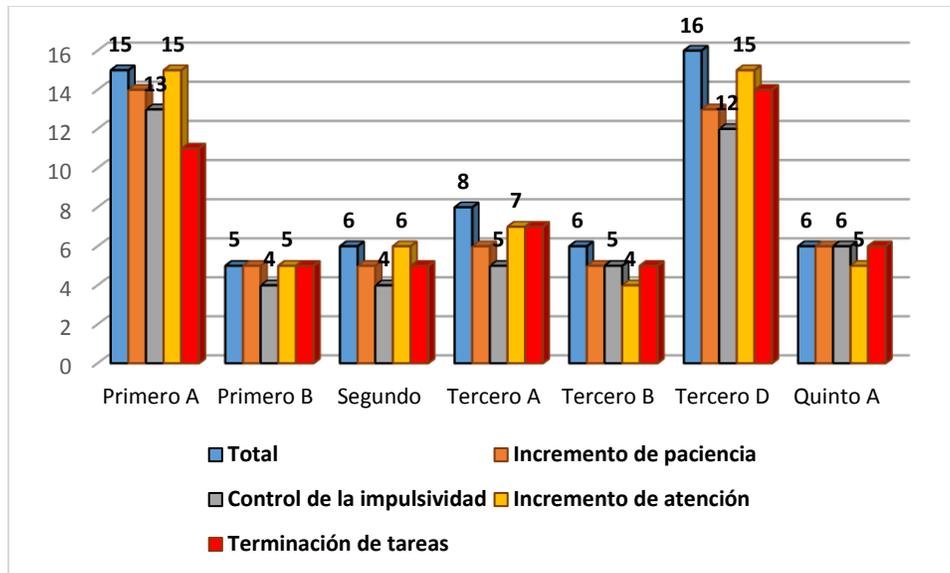


Figura 2. Incremento de la atención y control de la impulsividad

Por otra parte, se *incrementó su atención en clase*, su *paciencia* de los mismos, el *control de la impulsividad* y el *respeto de turnos* en el 90% de los participantes. Mostrándose en la Figura 2, los datos de niños que mejoraron en atención y control de impulsos. Por otra parte, las niñas mostraron mejoría en los mismos aspectos, pero en un menor porcentaje. Sin embargo, el *sentido de organización* de las niñas se vio impactado de manera positiva en mayor porcentaje en comparación con los niños.

DISCUSIÓN

Los resultados mostraron que tanto el instrumento utilizado, como el Programa de corrección del déficit de atención cognitivo-conductual, son efectivos en su detección y tratamiento. Dos meses fue poco tiempo, pero es el límite para que los estudiantes de la Facultad de Psicología realicen prácticas beneficiando a la sociedad, sin embargo, el trabajo terapéutico realizado permitió disminuir considerablemente el problema en los participantes de la escuela primaria.

Conclusiones

Los resultados coinciden con Artigas (2009), Barkley (2000), García Pérez (2006), Harpin (2005), Miranda, Soriano & García (2002) y Miranda (2000) en que el uso del método cognitivo conductual para la modificación del trastorno del déficit de atención y del control de los impulsos, es una alternativa positiva en su tratamiento.

Aunque la terapia individual para cada niño modificó su conducta, no en todos los participantes se logró el cambio significativo esperado, por lo que se hace necesario continuar a través de un seguimiento con los niños que faltaron de disminuir su trastorno, observando a los que lograron autorregularse, además de contar con el apoyo de los profesores y la asesoría a los padres, a través de un entrenamiento conductual y uso de técnicas de juego que mejoren su relación entre padres e hijos.

Referencias bibliográficas

- Artigas, J, P. (2009). Modelos cognitivos en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 49 (11): 587-593. España.
- Barkley, R.A. (2006). Attention deficit hyperactivity disorder: Handbook for diagnosis and treatment (3rd Ed.). New York: Guilford Press
- Barkley, R. A. (2000). *Taking charge of ADHD: the complete, authoritative guide for parents*. Nueva York: Guilford Press
- García-Pérez, E. M. (2006). *S.O.S. en el aula. Ayudas para profesores de niños hiperactivos e inatentos*. Bilbao: COHS Consultores
- Harpin, V. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Arch Dis Child*. 90 Suppl 1:2-7
- Martínez, M. (2012). Práctica educativa con un alumno con diagnóstico de TDAH en la etapa de educación infantil. *Revista innovación educativa*, (20).
- Miranda, A., Soriano, M. y García, R. (2002). Optimización del proceso de enseñanza/aprendizaje en estudiantes con trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *eduPsykhé*, 1 (2), 249-274.
- Miranda, A. (2000). Efectos de un tratamiento cognitivo conductual en niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, agresivos y no agresivos. Cambio clínicamente significativo. *Revista Infancia y Aprendizaje* (92), pp 51-70
- Miranda, A., Roselló, B. & Soriano, M. (1998). *Estudiantes con deficiencias atencionales*. Valencia: Promolibro
- National Alliance for Hispanic Health (2005). Consultado en Noviembre de 2015, en www.hispanichealth.org/resources.html
- Nigg, J. & Hinshaw, S. (1998). Parent personality traits and psychopathology associated with antisocial behaviors in childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 39 (2), pp145- 159
- INTEYFP (2012). Qué es el TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Instituto Nacional de Tecnologías Educativas y de Formación del Profesorado. España. Recuperado el 20 de Agosto del 2015 disponible en: http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/186/cd/m1/evolucin_histrica_del_concepto_tdah.html
- Sabaté, N. Basses, N. y Quiles, I. (1999). Trastorno por Déficit de Atención. En Tomás, J. (Ed.). *Actitudes educativas, trastornos del lenguaje y otras alteraciones en la infancia y adolescencia*. Barcelona: Laertes, pp. 190-202
- Solovieva, Yu., Quintanar, L. & Flores, D. (2002). *Programa de corrección neuropsicológica del déficit de atención*. México: Universidad Autónoma de Puebla.
- Sonuga-Barke, EJ. (2003). The dual pathway model of AD/HD: an elaboration of neuro-developmental characteristics. *Neurosci Biobehav Rev*, 27: 593-604.
- Urzúa, A., Domic, M, Cerda, A. Ramos, M. y Quiroz, J. (2009). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños escolarizados. *Revista Chilena de Pediatría*, 80 (4), pp 332-338
- Vargas-Cordero, Z. R. (2009). La investigación aplicada: una forma de conocer las realidades con evidencia científica. *Revista Educación*, Volumen 33, Número 1. Universidad de Costa Rica, pp155-165.

***Teresa de Jesús Mazadiego Infante**, Profesor de Tiempo Completo en la Facultad de Psicología Campus Poza Rica de la Universidad Veracruzana. Fundadora y Decana de la Facultad de Psicología, Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel 1), con Perfil PRODEP. Preocupada por las problemáticas que se presentan en las escuelas donde se encuentra la Institución, se ofrece servicio psicológico a la Comunidad vinculando a la Universidad Veracruzana con la praxis de la carrera.

****Claudia Araceli Durán Cruz**, estudiante brillante de la carrera de Psicología, bajo la supervisión de la Dra. Mazadiego participó en la investigación para decrementar de déficit de atención en una muestra de niños de educación básica, lo cual contribuyó a una parte de su formación integral donde aplicó conocimientos, fortaleció sus habilidades terapéuticas y su ética profesional.

*****Aileen Adara Rincón Miranda**, excelente estudiante de la carrera de Psicología, bajo la supervisión de la Dra. Mazadiego participó en la investigación para decrementar de déficit de atención en una muestra de niños de educación básica, lo que le permitió adquirir mayores conocimientos, asumir actitudes profesionales y fortalecer sus habilidades y valores axiológicos, contribuyendo a su perfil profesional.