

APLICACIÓN DEL PROGRAMA PIAAR-R 1 EN NIÑOS Y NIÑAS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Stephanie Y. Baddour y Luzia F. Asin Sanz

7º Semestre Psicología Experimental
Docente Dra. Claudia Llanos

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo aumentar la atención y reflexividad de un grupo de niños y niñas a través de la aplicación del programa de técnicas cognitivas (PIAAR-R 1). Para ello, se seleccionó una muestra no probabilística compuesta por 3 varones: dos de 8 años y uno de 7 y 2 mujeres de 7 años, en un diseño cuasi experimental de un solo grupo con pre test y post test. Se partió de la hipótesis de que el programa tendría un efecto positivo sobre la atención y reflexividad de los (las) niños (as). Luego del análisis no paramétrico de comparación de medias, los resultados revelaron que existe una diferencia significativa en las puntuaciones obtenidas en el post test con respecto a las del pre test, comprobando así la hipótesis de investigación.

Palabras clave: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Habilidades Sociales, Programa de intervención

El término de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) está referido a los niños que tienen serias dificultades para concentrarse, inhibir conductas inapropiadas y seguir adelante con normalidad en su vida cotidiana, familiar, escolar y social (Gargallo, 2005). Si bien es un trastorno psiquiátrico con mayor presencia en la edad pediátrica, también puede afectar al adolescente o

adulto. Según Barkley (en Gargallo, 2005), la hiperactividad es un modo habitual de comportamiento del niño que incluye principalmente una gran inquietud, impulsividad y una falta excesiva de atención.

Por primera vez se lo denominó así en el año 1990 en la edición que publicó la Asociación Americana de Psiquiatría en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Men-

tales bajo el nombre de DSM-III-R; también en las ediciones de 1995 (DSM-IV) y 2002 (DSM-IV-TR). Según Gargallo (2005), Virginia Douglas fue quien realizó una decisiva aportación en la interpretación actual que se le da al TDAH, pues sostiene que el principal problema de los niños con dicho trastorno es su impulsividad y su incapacidad para mantener la atención. Douglas propuso los siguientes criterios para diagnosticar la hiperactividad en niños: problemas atencionales, inquietud motora excesiva, dificultades para controlar sus impulsos e incapacidad para permanecer sentados. Dichos problemas debían estar presentes desde la primera infancia y no ser consecuencia de la destrucción del hogar y debían, por tanto, darse en la casa como en el colegio.

Con respecto al cuadro clínico, el DSM-IV en sus criterios diagnósticos establece la presencia de seis o más síntomas de inatención, hiperactividad o impulsividad durante seis meses. En la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE-10) el TDAH es definido como trastorno Hiperkinético. En esta clasificación se requiere que el paciente presente al menos seis síntomas de Inatención, tres de Hiperactividad y uno de Impulsividad y que, al igual que el DSM-IV, tengan una duración de seis meses. Ambas clasificaciones no difieren mucho en cuanto a los síntomas de cada categoría (Fundación CADAH, 2012).

La actividad reflexiva constituye una neoformación de la edad preescolar y primero de primaria, conformando un fenómeno de la psique del niño que no existía anteriormente, es decir, que surgió como resultado de esta edad (Elkonin, 1980; Salmina & Filimonova, 2001). En la edad preescolar, en

el caso de un desarrollo positivo del niño surgen las siguientes neoformaciones psicológicas: inicio de la actividad voluntaria, la imaginación, la jerarquía de los motivos y la reflexión (Salmina & Filimonova, 2001). La adquisición de estas neoformaciones garantiza la preparación para el aprendizaje de nuevos conocimientos dentro de las actividades correspondientes a la etapa escolar, la escritura y la lectura, entre otras.

En esta investigación, el pensamiento reflexivo se define como la capacidad de reformular el propio pensamiento, mediante el uso del lenguaje, lo que lleva a reflexionar sobre el comportamiento de sí mismo y las acciones de los demás, facilitando la transformación del sentido mismo del intercambio social, habilidad compleja de la mente que impone demandas simultáneas sobre el individuo respecto a sus expresiones verbales y sus acciones voluntarias, al hacerse consciente de ellas (González, 2009).

Diagnóstico

Entre los instrumentos de medición del TDAH se encuentran la escala, una versión revisada de la Escala de Swanson, Nolan y Pelham actualmente conocida como SNAP-IV-C. Este es un cuestionario cuyos ítems siguen el criterio diagnóstico del DSM-IV, el cual puede ser llenado tanto por profesores como padres quienes responden al mismo a través de la observación de la conducta del niño o niña (TEA Ediciones, 2011).

Tratamiento

Para el tratamiento del TDAH debe realizarse una intervención integral avocada a mejorar el funcionamiento y adaptación

del niño. Es por esta razón que en la evaluación se deben tomar en cuenta las características específicas de cada paciente.

A pesar de las controversias existentes relacionadas al uso de psicofármacos en los niños con TDAH, los científicos llegaron al consenso respecto a los beneficios a corto y mediano plazo de su utilización en niños y adolescentes con esta condición. (Fundación CADAH, 2012; Velásquez-Tirado y Peña, 2005).

En un meta-análisis sobre la alimentación de los niños con TDAH, que evalúa el efecto en 10 ensayos clínicos sobre 22 previamente seleccionados, demostró que el consumo de ácidos grasos, Omega - 3, son eficaces en el tratamiento del TDAH globalmente evaluado, como también sobre el déficit de atención y sobre la hiperactividad, aisladamente. Sin embargo, su eficacia no es tan manifiesta como con los psicoestimulantes (Atienza, 2011).

Dentro del tratamiento psicológico se encuentran técnicas tanto cognitivas como conductuales. Las primeras consisten en el entrenamiento en auto-instrucciones y la resolución de problemas mientras que las segundas tienen sus bases en el condicionamiento operante, ya que utilizan el refuerzo, la economía de fichas y el tiempo fuera para mantener la conducta apropiada (Borges, et al. 2008).

Un programa de intervención psicológica para el TDAH que contiene técnicas cognitivas es el PIAAR-R, elaborado por Bernardo Gargallo (2006), el cual consiste en dos niveles para aumentar la atención y reflexividad. El primer nivel es para niños de 7

a 11 años y el segundo para niños de 12 a 14 años. Este autor define el estilo cognitivo Reflexividad-Impulsividad (R-I) como un constructo formado por dos polos: el primero es el tiempo de latencia de la respuesta, es decir, el tiempo que hay antes de que se emita la misma en el cual el sujeto reflexiona y analiza la información disponible, lo que conduce a tiempos largos y breves, y el segundo es la exactitud de la respuesta que lleva a aciertos y errores. Las personas impulsivas dedican muy poco tiempo al análisis del estímulo y son poco atentos por lo que cometen más errores que las personas reflexivas, quienes prestan mayor atención y analizan cuidadosamente el estímulo, lo que hace que utilicen más tiempo y cometan menos equivocaciones. Entre las técnicas que engloba este programa se encuentran la demora forzada, que obliga al estudiante a ocupar el tiempo necesario previo a la emisión de su respuesta al estímulo; la enseñanza de estrategias cognitivas de escudriñamiento y análisis de detalles, que consiste en que la persona obtenga más rendimiento en el tiempo de latencia, ya que se le enseña a examinar con cuidado los detalles; las autoinstrucciones, que hacen que el lenguaje actúe como modulador del comportamiento, pues se enseña a los sujetos a que utilicen el lenguaje interno como una fuente de autocontrol; el entrenamiento en solución de problemas, lo que ayuda a incrementar la reflexividad; el modelado participativo que consiste en que quien aplica el programa realiza, mediante ejemplos, las tareas del mismo frente a los alumnos y, por último, los reforzadores, que consisten básicamente en el refuerzo social de la realización eficaz de las tareas del programa (Gargallo, 2006).

Entre los antecedentes de la aplicación de este programa y sus resultados se encuentra el estudio realizado por Martín (2009), que consiste en aumentar la atención y la reflexividad para mejorar el rendimiento académico de veinticinco niños, a través del programa PIAAR-R 1. Los resultados obtenidos revelan que todos los alumnos, a excepción de uno, disminuyeron el número de errores en las tareas impartidas, logrando mayor atención y reflexividad. También se encuentra la investigación de Arroyo (2012), cuyo objetivo es demostrar que el programa de intervención PIAAR-R 1 mejora la atención y reflexividad, de niños de 9-12 años con TDAH, al adquirir nuevos conocimientos y funciones ejecutivas de la conducta. Los resultados de esta investigación revelan que existe un notable desempeño en mantener la atención por más tiempo y en la capacidad para resolver problemas.

Con los beneficios y resultados positivos que trae el programa PIAAR-R 1, previamente mencionados, y dada la carencia de reflexividad presente en las personas con TDAH, lo que las lleva a ser impulsivas, es que el objetivo de esta investigación era incrementar la atención y reflexividad de un grupo de niños a través de la aplicación del programa PIAAR-R 1. Para ello, se partió de la hipótesis de que el programa tendría un efecto positivo, mejorando la atención y reflexividad de los participantes.

Método

Diseño

Se realizó un cuasi experimento ya que los participantes no han sido asignados aleatoriamente (Campbell y Stanley, 1995; Kazdin,

2001; León y Montero, 1998; Morales, 2013), trabajando así con grupos hechos. Por tanto, esta investigación es un cuasi experimento con un solo grupo con pre test y post test.

Participantes

En esta investigación se aplicó el pre test a 7 niños de los cuales sólo cinco calificaron con TDAH según la escala SNAP-IV. Uno de ellos presentó TDAH con predominio de inatención y otro con predominio de hiperactividad/ impulsividad mientras que los tres restantes presentaron TDAH tipo combinado. De estos niños, dos mujeres y un varón tenían 7 años y dos varones 8 años.

Instrumentos

El instrumento utilizado para el pre test y post test fue la revisión de la escala SNAP-IV creada por Swanson, Nolan y Pelham que consta de 90 ítems: los primeros 40 miden la inatención, hiperactividad/impulsividad y el trastorno de oposición desafiante, según los criterios del DSM-IV, del Cuestionario Índice de Conners y del Cuestionario IOWA de Conners. El resto de los ítems miden trastornos comórbidos al TDAH. Las respuestas a cada ítem están en una escala cuyas opciones son: Nada (0), Poco (1), Bastante (2) y Mucho (3). Para esta investigación se tomó en cuenta las medias de los ítems que miden la inatención y la hiperactividad/ impulsividad según los criterios del DSM-IV, dichas medias reflejan el cambio en las variables dependientes como producto de la variable independiente. Tanto el pre test como el post test fueron rellenados por los profesores titulares de los participantes a través de la observación de la conducta de los niños en el aula.

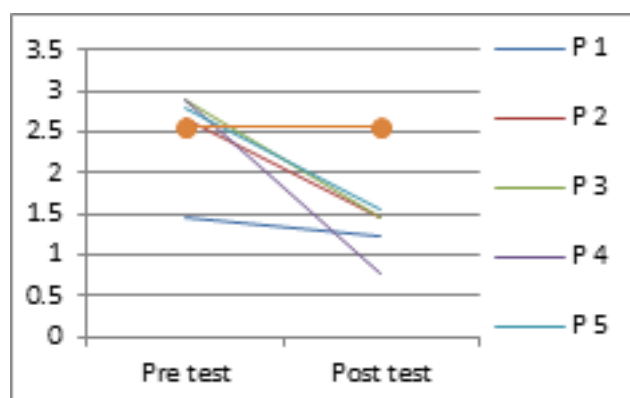


Figura 1. Diferencias entre pre test y post test en la medida de inatención.

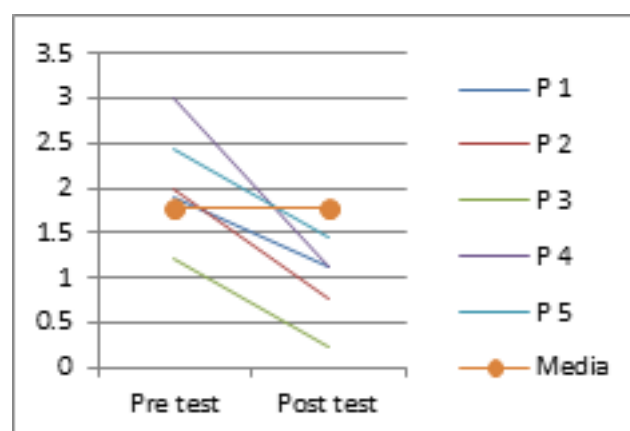


Figura 2. Diferencias entre pre y post test en la medida de hiperactividad.

Discusión

Anteriores investigaciones que utilizaron el programa PIAAR-R 1 alcanzaron los resultados positivos en un aproximado de 20 sesiones administrando los ejercicios del mismo en un intervalo de una vez por semana (Martín, 2009; y Arroyo, 2012). Sin embargo, este estudio obtuvo resultados óptimos con ocho sesiones cuya duración osciló entre 30 a 60 minutos administrando de tres a cuatro ejercicios por sesión, lo que puede significar que, por tratarse de un programa intensivo, los participantes posiblemente se hayan familiarizado con el programa, ocasionando una asimilación del mismo.

Por otro lado, el estudio de Martín (2009) trabajó inicialmente con una muestra de 25 niños y una de sus recomendaciones es trabajar con muestras no mayores a 10 participantes, hecho que también puede explicar el éxito de los resultados alcanzados en la presente investigación, pues sólo se trabajó con cinco niños, además de ser dos las orientadoras del programa, lo

que a su vez hizo posible una intervención más personalizada con cada participante. Con respecto a las limitaciones de la investigación, y como amenaza a la validez interna, cabe mencionar la historia, ya que al ser notificados los padres de algunos de los participantes acerca de su condición, no se conformaron con que a sus hijos se les aplicara el programa PIAAR-R 1, sino que también buscaron ayuda psiquiátrica para que estén medicados, modificaron la alimentación y actividad física de los niños. Estos sucesos de la historia de los participantes pueden haber sido una influencia positiva para el cambio significativo en los mismos y, por lo tanto, no deja de ser una amenaza o contaminación a la validez interna de la investigación. Otra amenaza a la validez interna se debe a una tendencia para la selección de la muestra, pues solo se tomaron en cuenta los niños que calificaban con el diagnóstico de TDAH. Por otra parte, como amenaza a la validez externa, se puede considerar el tiempo de medida del post test, ya que este se aplicó inmediatamente después de la última sesión

con los participantes. Pese a las amenazas tanto a la validez interna como externa de este estudio y a la modificación en el número de sesiones y tiempo con respecto a las recomendaciones del mismo programa, los resultados de la intervención son favorables y consecuentes con la hipótesis planteada. Como se observa en las tablas y figuras de las puntuaciones, los resultados de las pruebas del pre test y post test revelan un cambio positivo. Como consecuencia, se rechaza la hipótesis nula de igualdad y se acepta la hipótesis alternativa ya que existe una diferencia significativa en los resultados del post test, disminuyendo la inatención y/o hiperactividad/impulsividad de los participantes como producto de la aplicación del programa PIAAR-R 1.

Recomendaciones

Para mejores resultados en futuras investigaciones relativas a este tema se recomienda medir los efectos del programa (post test) de intervención habiendo dejado pasar un poco más de tiempo desde la última sesión y luego realizar un seguimiento para ver si tales efectos positivos logran mantenerse. Asimismo, administrar el programa en niños no medicados para conocer si los resultados seguirán siendo significativos después de la intervención. Por último, una vez utilizado el programa, se recomienda mantener un tratamiento integral e individualizado en niños con TDAH para mejorar su calidad de vida.

Referencias

- Arroyo, D. (2012). *El efecto de la intervención para aumentar la atención y la flexibilidad en niños de entre 9 y 14 años del centro Superar*. Tesis de licenciatura de la Universidad San Francisco de Quito. Obtenido el 29 de noviembre 2013 en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/2418/1/107117.pdf>
- Álvarez, Q., Carrasco, Ch., Espinoza, A., Venegas, S. (2012). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad: mito o realidad. *Revista Medwave*, 12 (6), e5444. doi: 10.5867/medwave.2012.06.5444
- Atienza, J. D. (2011). *Eficacia terapéutica de los omega 3 en el TDAH*. Obtenido el 28 de noviembre 2013 en: <http://paidopsiquiatria.com/?p=884#>
- Bisquerra, R. (2009). *Metodología de la investigación educativa* (3ª ed.). Madrid: La Muralla, S.A.
- Borges, M., Cid, M., Duque, A., Duque, P., Gutiérrez, J., Mendoza, N., Sánchez, G. y Vaquerizo, J. (2008). *Detección, diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en pediatría*. Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo en Extremadura. Junta de Extremadura: Badajoz. Obtenido el 25 de octubre 2013 en: <http://sepad.gobex.es/documents/10421/42160/ANEXO+3+Trastorno+D%C3%A9ficit+de+Atenci%C3%B3n.pdf>
- Campbell, D. y Stanley, J. (1995). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Elkonin, D. B. (1980). *Psicología del juego*. Madrid: Pablo del Río
- Fundación Cantabria Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad. (2012). *¿Qué*

- es el CIE-10 y cómo evalúa el Trastorno Hiperactivo?. Obtenido el 29 de noviembre 2013 en: <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/que-es-el-cie-10-y-como-evalua-el-trastorno-hipercinetico-.html>
- Fundación Cantabria Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad. (2012). *En qué consisten las Escalas de Conners para evaluar el TDAH*. Obtenido el 28 de noviembre de 2013 en: <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/en-que-consisten-las-escalas-de-conners-para-evaluar-el-tdah.html>
- Gargallo, B. (2005). *Niños hiperactivos (TDA-H). Causas. Identificación. Tratamiento. Una guía para educadores*. Barcelona: CEAC.
- Gargallo, B. (2006). *Programa de intervención educativa para aumentar la atención y la reflexividad (3ª ed.)*. Madrid: TEA Ediciones S.A.
- González Moreno, C. X. (2009). *La utilización de la actividad de juego temático de roles sociales en la formación del pensamiento reflexivo en preescolares*. Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia
- Kazdin, A. E. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica (3ª ed.)*. México: McGraw-Hill.
- León, M. y Montero, I. (1998). *Diseño de investigaciones*. Madrid: McGraw-Hill.
- Martín, R. (2009). Dificultades en el aprendizaje: la atención. *Revista Digital Innovación y Experiencias Educativas*, 1-12. Obtenido el 29 de noviembre 2013 en: http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_19/RUHT_MARTIN_1.pdf
- Menéndez, I. (2001). Trastorno de déficit de atención con hiperactividad: Clínica y diagnóstico. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4 (1), 92-102.
- Morales, P. (2013). *Investigación experimental, diseños y contraste de medias*. Material no publicado. Universidad Pontificia de Comillas, Madrid. Obtenido el 17 de noviembre 2013 en: <http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/Dise%F1osMedias.pdf>
- National Institute on Drug Abuse. (2009). *Medicamentos estimulantes para el Trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH): el metilfenidato y las anfetaminas*. Estados Unidos: Autor. Obtenido el 21 de octubre 2013 en: <http://www.nida.nih.gov/infofacts/ritalin-sp.html>
- Salmina, N. G. y Filimonova, O. G. (2001). *Diagnóstico y corrección de la voluntariedad en la edad preescolar y escolar menor*. México: Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Sotillo, C., y Díez, A. (2007). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Madrid: Médica Panamericana, S.A.
- TEA Ediciones. (2011). *Evaluación e intervención en TDAH*. Obtenido el 10 de noviembre 2013 en: http://web.teaediciones.com/TemasDelMes/2011_Julio_TDAH.pdf
- Velásquez-Tirado, J. D., y Peña, J. A. (2005). Evidencia actual sobre la atomoxetina. Alternativa terapéutica para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología*, 41 (8), 493-500.