

**PAUTAS DE MANEJO CONDUCTUAL UTILIZADAS POR LOS PADRES DE
FAMILIA FRENTE AL COMPORTAMIENTO DE LOS NIÑOS CON EDADES
COMPRENDIDAS ENTRE LOS SIETE Y TRECE AÑOS, QUE PRESENTAN
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN Y ANSIEDAD
PERTENECIENTES AL CENTRO DE HABILITACIÓN DEL NIÑO (CEHANI)
DE SAN JUAN DE PASTO.**

**LORENA FERNANDA MOLINA PORTILLA
GINNA MELITZA PATIÑO CAICEDO**

**SAN JUAN DE PASTO
UNIVERSIDAD DE NARIÑO
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
NOVIEMBRE DE 2003**

**PAUTAS DE MANEJO CONDUCTUAL UTILIZADAS POR LOS PADRES DE
FAMILIA FRENTE AL COMPORTAMIENTO DE LOS NIÑOS CON EDADES
COMPRENDIDAS ENTRE LOS SIETE Y TRECE AÑOS, QUE PRESENTAN
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN Y ANSIEDAD
PERTENECIENTES AL CENTRO DE HABILITACIÓN DEL NIÑO (CEHANI)
DE SAN JUAN DE PASTO.**

LORENA FERNANDA MOLINA PORTILLA

GINNA MELITZA PATIÑO CAICEDO

Director de Trabajo de Grado: Dr. GERARDO URIBE

SAN JUAN DE PASTO

UNIVERSIDAD DE NARIÑO

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

NOVIEMBRE DE 2003

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos a:

Gerardo Uribe Ramírez, asesor de esta investigación, por sus valiosos aportes.

Elizabeth Ojeda y Patricia Gonzáles, por su apoyo y colaboración en todo el proceso investigativo.

Centro de Habilitación del Niño (CEHANI), por permitirnos llevar a cabo esta investigación.

Los niños y a sus padres, quienes enriquecieron este estudio, a partir de los relatos, vivencias y experiencias compartidas.

Y a todas las personas que hicieron posible esta investigación.

Nota de Aceptación

Director

Jurado

Jurado

San Juan de Pasto, Noviembre de 2003

DEDICATORIA:

A Dios, ser trascendental que iluminó siempre mi camino.

***A Silvia, mi madre, quién cultivó en mi los deseos de superación,
constancia y excelencia.***

A Rolando, mi padre, porque se que siempre ha estado conmigo.

***A Sandra, mi hermana, compañera constante que me ayudó a librar
muchas dificultades.***

A Edwin, mi pareja, quién me brindó su apoyo incondicional.

***A Lorena, por darme su amistad y porque juntas libramos muchas
batallas.***

***Y especial y principalmente a Daniela, mi hija, por ser el motivo que
impulsa mi vida y me da la fuerza para seguir luchando.***

GINNA

DEDICATORIA:

A Dios, porque siempre iluminó mi camino y me dio la fuerza para poder culminar mi propósito.

A mis padres, Alvaro y Yolanda, quienes con amor incondicional han forjado en mi las bases fundamentales para alcanzar todas mis metas.

A Angela Maria , Alvaro Fernando y Juan Carlos, mis hermanos y mis mejores amigos, quienes me han brindado su amor y su apoyo.

A Alvaro, la persona con quien he compartido valiosos momentos que han llenado de alegría mi vida.

A Ginna, compañera de equipo y amiga... sufrimos pero lo logramos.

LORENA

Abstract

In this investigation the rules of handling conductual were identified used by the parents of children with ages understood among the seven and thirteen years that present dysfunction for deficit of attention and levels of anxiety, belonging to the Centro de Habilitación del niño (CEHANI).

By means of the application of the interview it was found that the parents use inadequate rules of upbringing to manage the behavior of their children, in front of that which thought about a proposal directed to these, guided to embrace the symptomatic triad of the dysfunction for deficit of attention.

TABLA DE CONTENIDOS

TABLA DE CONTENIDOS.....	1
Resumen.....	4
PAUTAS DE MANEJO CONDUCTUAL DE PADRES FRENTE AL COMPORTAMIENTO DE NIÑOS QUE PRESENTAN DDA/H Y ANSIEDAD.....	5
TEMA.....	7
TITULO.....	7
Planteamiento del Problema.....	7
Formulación del Problema.....	9
Preguntas de Investigación.....	9
Delimitación de la investigación.....	9
Delimitación Espacial.....	9
Delimitación Temporal.....	10
Objetivos.....	11
Objetivo General.....	11
Objetivos Específicos.....	11
Justificación.....	13
DEFICIT DE ATENCION Y ANSIEDAD EN NIÑOS.....	16
Déficit de atención.....	16
Ansiedad.....	28
Pautas de Crianza.....	34
ASPECTOS METODOLOGICOS.....	40
Tipo de Estudio.....	40
Unidad de Análisis.....	41

Unidad de Trabajo.....	41
Técnicas de Recolección de Información.....	42
Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños.....	42
Entrevista Cualitativa.....	45
Análisis Descriptivo de los resultados cuantitativos.....	46
Relación entre Tipo y Nivel de Ansiedad.....	46
Ansiedad Fisiológica.....	46
Inquietud/Hipersensibilidad.....	47
Preocupaciones sociales/Concentración.....	48
Mentira.....	48
Ansiedad Total.....	49
Procedimiento.....	50
Análisis Descriptivo de los resultados cualitativos.....	52
Conocimiento del DDA/H.....	52
Problemas en el Comportamiento.....	52
Enfermedad Médica.....	54
Causas del Trastorno.....	54
Tratamiento.....	55
Uso de Medicamentos.....	56
Manejo del Comportamiento Inatento.....	56
Desconocimiento del Manejo.....	57
Estrategias para Mantener la Atención.....	57
Comportamiento de Evitación.....	58
Manejo del Comportamiento Hiperactivo.....	59

Procedimientos Inadecuados con Base en el Maltrato Físico y Psicológico.....	59
Procedimientos Adecuados.....	60
Manejo del Comportamiento Impulsivo.....	61
Actitudes Inadecuadas.....	62
DISCUSION.....	64
ESTRATEGIAS DE MODIFICACION CONDUCTUAL DIRIGIDAS A PADRES PARA EL ADECUADO MANEJO DE LOS NIÑOS CON DDA/H.....	69
Objetivos.....	72
Objetivo General.....	72
Objetivos Específicos.....	72
Propuesta dirigida a padres de familia.....	73
Inatención.....	73
Hiperactividad.....	76
Impulsividad.....	79
REFERENCIAS.....	83
ANEXOS.....	87
Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños. CMAS-R.....	88
Entrevista Cualitativa para Padres.....	91
Entrevista Cualitativa para Profesional Conocedor del Tema.....	93
Primera Categoría.....	95
Segunda Categoría.....	96
Tercera Categoría.....	97
Cuarta Categoría.....	98

Resumen

En ésta investigación se identificaron las pautas de manejo conductual utilizadas por los padres de niños con edades comprendidas entre los siete y trece años que presentan trastorno por déficit de atención y niveles de ansiedad, pertenecientes al Centro de Habilitación del niño (CEHANI).

Mediante la aplicación de la entrevista se encontró que los padres utilizan pautas de crianza inadecuadas para manejar el comportamiento de sus hijos, frente a lo cual se planteó una propuesta dirigida a estos, encaminada a abarcar la tríada sintomática del trastorno por déficit de atención.

PAUTAS DE MANEJO CONDUCTUAL DE PADRES FRENTE AL COMPORTAMIENTO DE LOS NIÑOS QUE PRESENTAN DDA/H Y ANSIEDAD

Realizar nuevos estudios acerca de los trastornos neuropsicológicos de la infancia, es un paso importante dentro de la investigación psicológica, ya que permite dar una perspectiva más amplia para la consecución de nuevos tratamientos y así reducir el alto porcentaje de incidencia de estos.

Este proyecto de investigación se llevó a cabo con el fin de determinar las pautas de manejo conductual utilizadas por los padres de los niños diagnosticados con trastorno por déficit de atención (DDA/H) y ansiedad del Centro de Habilitación del niño (CEHANI), para luego plantear alternativas dirigidas a estos que conduzcan al adecuado manejo de los niños con DDA/H.

La presente investigación se divide en cuatro capítulos: el primero de ellos hace referencia a la introducción, planteamiento del problema, formulación del problema objeto de estudio, los objetivos tanto a nivel general como específicos que se pretenden alcanzar y la justificación de la investigación.

El segundo capítulo contiene el marco teórico que sirvió de base para el cumplimiento de los objetivos propuestos, dentro del cuál se tuvo en cuenta la historia, definición, características, causas y consecuencias tanto del trastorno por déficit de atención como de la ansiedad, las pautas de crianza con el fin de determinar la influencia de la familia en estos dos aspectos, todos estos elementos fueron introducidos en éste capítulo con el fin de darle una amplia perspectiva al conocimiento de dichos problemas.

En el tercer capítulo se encuentra la metodología empleada para la realización de esta investigación, se presenta el procedimiento seguido en la

aplicación de la escala CMAS-R a los niños con trastorno por déficit de atención y de la entrevista a los padres de los niños con éste trastorno y al profesional conocedor del tema, así como los resultados obtenidos con su respectivo análisis y la discusión de todo el proceso investigativo.

En el cuarto capítulo se encuentra una propuesta de modificación conductual dirigida a padres, para el adecuado manejo de los niños con la problemática planteada.

Esta investigación de tipo descriptivo – propositivo y de enfoque cualitativo, se realizó tomando la población de padres de familia de los niños diagnosticados bajo criterio neuropsiquiátrico con el trastorno por déficit de atención y con ansiedad a través de los resultados arrojados por la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños CMAS-R, con dichos padres se realizó una entrevista cualitativa y a partir de los resultados obtenidos en ésta se hizo necesario plantear la propuesta anteriormente mencionada.

TEMA

Pautas de manejo conductual de padres frente al comportamiento de los niños que presentan DDA/H y ansiedad.

TITULO

Pautas de manejo conductual utilizadas por los padres de familia frente al comportamiento de los niños con edades comprendidas entre los siete y trece años, que presentan trastorno por déficit de atención y ansiedad pertenecientes al Centro de Habilitación del niño (CEHANI) de San Juan de Pasto.

Planteamiento del Problema

El trastorno por déficit de atención enmarcado dentro de la amplia gama de trastornos de la infancia, implica primordialmente una dificultad generalizada en el espacio y el tiempo (ocurre en cualquier lugar y todos los días) para mantener y regular la atención, y una actividad motora excesiva (hiperkinesia o hiperactividad), que afecta todas las áreas del conocimiento en la etapa escolar.

Además, el desarrollo bio-psicosocial del niño también se ve claramente afectado cuando se presentan otros síntomas asociados al trastorno por déficit de atención, que según el DSM-IV (1995) son baja tolerancia a la frustración, arrebatos emocionales, autoritarismo, testarudez, insistencia excesiva, labilidad emocional, disforia y baja autoestima; también se ha encontrado síntomas del trastorno disocial y una elevada prevalencia de los trastornos del estado de ánimo y en especial de la ansiedad, lo cual dificulta en gran medida dicho trastorno, más aún cuando dentro del ambiente familiar y escolar no se le da el tratamiento adecuado.

Generalmente para los padres es difícil controlar el comportamiento inatento, hiperactivo e impulsivo característico de los niños con DDA/H, recurriendo a un tipo de manejo inadecuado que puede empeorar el curso de este trastorno.

No utilizar pautas adecuadas de manejo en los niños con trastornos atencionales puede repercutir en su vida adulta, agudizando trastornos emocionales futuros de difícil manejo, como problemas en sus relaciones sociales, algunos incurren en la farmacodependencia y otros abandonan la escuela, además surgen dificultades en su autoestima y pueden aparecer síntomas de ansiedad o depresión.

A través de la práctica profesional realizada por las investigadoras en Centros Educativos, se pudo observar como el trastorno por déficit de atención es un motivo de consulta psicológica muy frecuente por los padres de familia, quienes generalmente llegan confundidos, angustiados y desorientados al encontrarse frente a un problema de difícil manejo para ellos que está conduciendo al desencadenamiento de perturbaciones emocionales en los niños.

Se analizó las pautas de manejo conductual utilizadas por los padres de los niños que presentan el trastorno por déficit de atención y ansiedad. Además se planteó una propuesta dirigida a padres para el manejo adecuado del trastorno y de ésta manera evitar que aparezcan los niveles de ansiedad que los niños presentan.

Formulación del Problema

¿Cuáles son las pautas de manejo que utilizan los padres frente al comportamiento de los niños con edades comprendidas entre los siete y trece

años diagnosticados con trastorno por déficit de atención y ansiedad, pertenecientes al Centro de Habilitación del niño (CEHANI) de San Juan de Pasto?

Preguntas de Investigación

Las preguntas que orientaron la investigación son las siguientes:

1. ¿Qué conocen los padres acerca del DDA/H?
2. ¿Qué hacen los padres frente al comportamiento perturbador de sus hijos?
3. ¿Qué manejo le dan los padres al comportamiento hiperactivo del niño?
4. ¿Qué manejo le dan los padres al comportamiento impulsivo del niño?
5. ¿Qué manejo le dan los padres al comportamiento inatento del niño?
6. ¿Existe un manejo inadecuado por parte de los padres frente a la triada sintomática del trastorno?
7. ¿Será que las pautas de manejo utilizadas por los padres con los niños que presentan DDA/H están generando los niveles de ansiedad que estos presentan?

Delimitación de la Investigación

Delimitación Espacial

La presente investigación se realizó dentro del marco geográfico y administrativo del municipio de San Juan de Pasto, y específicamente en el Centro de Habilitación del niño (CEHANI), ubicado al nor-occidente de la ciudad.

Delimitación Temporal

La investigación se realizó durante los años 2001 y 2002.

Objetivos

Objetivo General

Determinar las pautas de manejo utilizadas por los padres frente al comportamiento de los niños que presentan trastorno por déficit de atención y ansiedad, cuyas edades oscilan entre los siete y trece años, pertenecientes al Centro de Habilitación del niño (CEHANI) de San Juan de Pasto.

Objetivos Específicos

Identificar y describir los niveles de ansiedad en los niños con edades comprendidas entre los siete y trece años que presentan trastorno por déficit de atención del Centro de Habilitación del niño (CEHANI) de San Juan de Pasto, mediante la Escala de ansiedad manifiesta en niños CMAS-R.

Describir las pautas de manejo conductual utilizadas por los padres frente a las dificultades atencionales de niños con DDA/H y ansiedad, cuyas edades oscilan entre los siete y trece años, pertenecientes al Centro de Habilitación del niño (CEHANI) de San Juan de Pasto.

Determinar las pautas de manejo conductual utilizadas por los padres frente al comportamiento hiperactivo de niños con DDA/H y ansiedad, cuyas edades oscilan entre los siete y trece años, pertenecientes al Centro de Habilitación del niño (CEHANI) de San Juan de Pasto.

Establecer las pautas de manejo conductual utilizadas por los padres frente al comportamiento impulsivo de niños con DDA/H y ansiedad, cuyas edades oscilan entre los siete y trece años, pertenecientes al Centro de Habilitación del niño (CEHANI) de San Juan de Pasto.

Realizar una propuesta dirigida a padres, para el adecuado manejo de los niños que presentan el DDA/H y ansiedad.

Justificación

Se sabe que el trastorno por déficit de atención es una condición neurobiológica que afecta significativamente todas las áreas del individuo; los niños que presentan este trastorno son generalmente inquietos, se distraen fácilmente, no miden las consecuencias de sus actos y no sostienen la atención adecuadamente; todas estas características dificultan enormemente los procesos de aprendizaje y más aún cuando sumado a este trastorno el niño presenta problemas de ansiedad.

El síndrome de DDA/H es el problema de conducta más frecuente en los niños en edad escolar (Pineda 1996, Shue y Douglas, 1992, citados por Pineda, 1999). Se ha calculado que “el síndrome de DDA/H es un trastorno común que **afecta al menos al 5% de los niños** (Anderson et al, 1987 y Bird et al, 1988, citados por Pineda 1999)

Uribe y Restrepo, (1998), encontraron que en Nariño el 30% de la población escolar presenta el trastorno por déficit de atención y que el 70% de los sujetos con este trastorno caen en la farmacodependencia acusando importantes dificultades en el ajuste social, familiar o laboral y que además solo existe un estudio realizado alrededor del tema en nuestra región y muy pocos a nivel nacional, se ha visto la necesidad de profundizar en las características de éste trastorno y de ésta manera ampliar la información existente.

Este proyecto se encaminó a describir las pautas de manejo conductual utilizadas por los padres frente al comportamiento de los niños con trastorno por déficit de atención y ansiedad, puesto que estos niños están sometidos a procedimientos inadecuados para el control conductual dentro del ambiente

familiar y escolar (Avila y Polaino-Lorente, 2002). Por esto, es prioridad de esta investigación sugerir alternativas dirigidas a padres para el adecuado manejo de los niños con edades comprendidas entre los siete y trece años que presentan el trastorno por déficit de atención (DDA/H).

Siendo el trastorno por déficit de atención un problema que se está presentando con tanta frecuencia y que aunado a la ansiedad se convierte en un problema más significativo, es fundamental que los padres de familia conozcan más sobre estos y aprendan a manejarlos.

A raíz de los trastornos atencionales a los niños se les presentan muchas dificultades como problemas de autoestima, depresión, pueden frustrarse fácilmente ante el menor tropiezo, se pueden volver irascibles y presentar cambios bruscos de humor; también presentan problemas en su rendimiento académico y en el hogar, según Pineda, (1999), “Aproximadamente el 15% presenta ansiedad o trastornos fóbicos, y alrededor del 25% presenta problemas afectivos, relacionados usualmente con baja autoestima frente a los continuos señalamientos o estigmatización por los fracasos académicos y sociales”; aspectos que no solo impiden un proceso adecuado de aprendizaje sino que limitan otras áreas del individuo como la social, dificultándole las posibilidades de establecer relaciones sociales satisfactorias con sus compañeros, incluso con los docentes, más aún cuando ellos no saben como manejar este tipo de problemas dentro del aula de clases.

Es importante para los padres de niños con DDA/H conocer y aprender manejar adecuadamente el trastorno puesto que según los hallazgos de investigaciones realizadas, el 80% de estos niños tienen un pronóstico

favorable a largo plazo, siempre y cuando se corrijan antes de la adolescencia los problemas comportamentales y académicos asociados. Por otro lado de los niños que no reciben ningún tipo de tratamiento, o reciben tratamientos irregulares o incompletos el 80% tienen un pronóstico malo a largo plazo, con aparición progresiva de trastornos explosivos de la conducta disocial, trastorno de la personalidad de tipo delincuencial, alcoholismo, farmacodependencia, inestabilidad laboral y dificultades en las relaciones sociales (Cantwell, 1996, Mannuza et al, 1998, 1999, citados por Pineda, 1999)

Por lo tanto los clínicos, psicólogos, padres de familia y en general todas las personas que de alguna u otra manera estén relacionados con éste tipo de niños, deben estar alertas acerca de la presencia de las características del trastorno, con el fin de darle un tratamiento adecuado y oportuno para prevenir perturbaciones emocionales y conductuales futuras.

DEFICIT DE ATENCION Y ANSIEDAD EN NIÑOS

Déficit de Atención

El trastorno por déficit de atención ha sido descrito desde hace más de cien años y a través del tiempo ha tomado diversos nombres; según Guerrero (2002), hacia el siglo XIX se le denominó “Insanidad impulsiva” y como cuadros de “Inhibición defectuosa” y además nombra a Still quien en 1902 describe a niños varones inquietos, incapaces de concentrarse, con dificultades en el aprendizaje y problemas de conducta, postulando una etiología orgánica y ambiental. Parmelee (1997), hace un breve recuento acerca de la historia del trastorno. En la primera guerra mundial se observó que los niños con la enfermedad de Parkinson presentaban el síndrome hiperquinético y el hecho de que muchos niños con retardo mental tuvieran estas mismas características permitió asociar la conducta hiperquinética con una lesión cerebral, atribuyéndole características como la impulsividad, atención dispersa, variabilidad, movimiento corporal excesivo, emotividad, coordinación visomotora pobre, dificultades aritméticas, lectura pobre, memoria escasa y tendencia al fracaso; la relación entre las complicaciones del embarazo y algunas secuelas neurológicas dio origen a nuevos postulados por las dificultades conductuales que se desencadenaron.

Hacia la mitad del siglo XX Strauss formuló el concepto de síndrome de daño cerebral mínimo por sus estudios con niños retardados mentales que presentaban comportamientos hiperactivos, término que perdió su valor en los años sesenta cuando Clements y Peters introducen el término disfunción cerebral mínima por la poca evidencia de una lesión orgánica cerebral.

La clasificación internacional de enfermedades, en 1965, y el DSM-II en 1968, le denominan síndrome hiperquinético de la infancia, posteriormente en la década de los 80 el DSM-III conceptualizó el trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad teniendo en cuenta características como la impulsividad, la falta de atención y la hiperactividad, actualmente el trastorno por déficit de atención ha sido ampliamente descrito por el DSM-IV detallando específicamente los comportamientos del niño con trastornos atencionales, clasificándolos en tres tipos clínicos: tipo combinado, con predominio del déficit de atención y con predominio hiperactivo/impulsivo.

En Colombia un equipo de personas que han estado vinculadas a niños y jóvenes con trastornos atencionales, crearon una fundación a la cual denominaron: Grupo de apoyo para niños y adultos con déficit de atención (GRADAS) con el fin de estudiar y abordar el trastorno en la población afectada, puesto que lo han identificado como un trastorno de elevada prevalencia.

La fundación GRADAS (1997), define el trastorno por déficit de atención como una condición neurobiológica que afecta de manera importante al individuo en tres áreas o aspectos: Atención, impulsividad e hiperactividad y que además afecta a niños y adultos, hombres y mujeres, de todos los niveles socioeconómicos, niveles de educación o grados de inteligencia.

Según el DSM-IV, (1995) “el trastorno por déficit de atención es una inatención persistente acompañada o no de hiperactividad o de impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un

nivel de desarrollo similar” (pág 82). Los criterios diagnósticos que presenta el manual son los siguientes:

1. El trastorno no se manifiesta antes de los seis o siete años.
2. Los síntomas están presentes por lo menos durante seis meses.
3. Las manifestaciones del trastorno aparecen en dos ambientes diferentes.
4. Los signos afectan e interfieren en el nivel de desarrollo del niño.

Además de los criterios anteriormente descritos, el DSM-IV ha planteado una serie de síntomas para establecer la inatención y/o hiperactividad – impulsividad.

Los síntomas para la inatención son los siguientes:

1. A menudo no presta atención suficiente a los detalles o presenta torpeza en sus tareas, trabajos u otras actividades.
2. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas y juegos.
3. En repetidas ocasiones no parece escuchar cuando se le habla directamente.
4. Continuamente le cuesta seguir instrucciones completas y no logra terminar las tareas o deberes aún queriéndolo hacer.
5. A menudo pierde objetos necesarios para sus tareas y actividades.
6. Evita o le disgusta realizar tareas que requieran de un esfuerzo mental sostenido.
7. Continuamente se distrae por estímulos irrelevantes.
8. Con frecuencia es descuidado en sus actividades diarias.

Los síntomas para hiperactividad son los siguientes:

1. Mueve en exceso manos o pies, o se mueve en su asiento.
2. Abandona su sitio de forma inoportuna.
3. A menudo corre o salta excesivamente en situaciones que es inapropiado hacerlo.
4. Tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
5. Habla en exceso.
6. Actúa como “movido por un motor”.

Los síntomas para impulsividad son:

1. Con frecuencia se precipita en las respuestas antes de que acaben de preguntarle.
2. Tiene dificultades para esperar su turno.
3. Interrumpe a los demás o se entromete en sus asuntos.

Los criterios anteriormente descritos muestran que el trastorno es fácilmente detectable en el comportamiento habitual del niño, lo cual llevaría a las personas que están directamente relacionadas con él como los docentes, los padres y otros familiares a pensar en la posibilidad de que exista algún tipo de anomalía y en consecuencia busquen ayuda profesional con el fin de conocer el problema y aprender a manejarlo.

Se puede complementar el diagnóstico con una evaluación neuropsicológica para evaluar los aspectos neuro-comportamentales en la que se incluya a) una evaluación comportamental objetiva, que se puede realizar a través del cuestionario de Conners para padres y para maestros, Checklist basado en los síntomas del DSM-IV, ADHD Rating Scale-IV y Behavior Assessment System

for Children: BASC, b) evaluación del nivel intelectual a través de las escalas de Weschler para evaluación de inteligencia en niños WISC-R, c) evaluación cuantitativa y estandarizada de las funciones cognitivas en los niños con análisis clínico, en la que se evalúa atención, memoria, gnosias, praxias, lenguaje, función ejecutiva y habilidades académicas y d) evaluación médica, que incluye una detallada historia médica, examen médico general y exhaustivo examen neurológico. (Pineda, 1999).

Por otra parte es importante tener en cuenta que síntomas como los del DDA/H muchas veces se confunden o se presentan con otros trastornos neurológicos, biológicos y conductuales. Oates, (2000) citada por Pineda, (1999) refiere que:

“casi la mitad de los niños con DDA/H también tienden a padecer de lo que se conoce como trastorno de desafío oposicional, que se caracteriza por un comportamiento negativo, hostil y desafiante. El trastorno de conducta (caracterizado por serias situaciones en las que se rompen las reglas de conducta) se presenta simultáneamente en aproximadamente el 40% de los niños con DDA/H. Aproximadamente, el 25% de los niños con DDA/H también sufren de ansiedad y depresión. Además, por lo menos 25% de los niños con el trastorno padecen de algún tipo de discapacidad de comunicación o aprendizaje. Existe además un vínculo entre el síndrome de Tourette, un trastorno neurobiológico que se caracteriza por tics motores y vocales, además, los estudios están comenzando a demostrar que síntomas parecidos a los de DDA/H a veces son una manifestación del inicio del trastorno bipolar en la niñez.”

Otros autores también se han preocupado por explicar el trastorno por déficit de atención, Toro y Yepes (1997, p. 284) afirman que “el trastorno por déficit de atención puede estar acompañado de problemas específicos de aprendizaje, con inteligencia normal, alteraciones de conducta, inmadurez, déficits perceptuales, motores y de coordinación, inestabilidad emocional, dificultades con compañeros, baja autoestima, baja tolerancia a la frustración y especialmente fracaso escolar”. Estas características le dan una perspectiva emocional al desarrollo del trastorno, a diferencia del DSM-IV que enuncia los criterios a partir de las alteraciones de conducta, dejando de lado la vida afectiva del niño.

El comportamiento desadaptativo del niño con déficit atencional es caldo de cultivo para el comienzo de problemas emocionales, debido a los continuos desaires a que es sometido, dificultándole llevar una vida social normal y así tener un desarrollo integral adecuado. Por esto la definición de Toro y Yepes adquiere importancia ya que incluye aspectos como la baja autoestima, la inestabilidad emocional, la baja tolerancia a la frustración permitiendo comprender con mayor amplitud los comportamientos desadaptativos del niño y de esta manera abordar la problemática buscando alternativas que permitan el manejo adecuado de éste problema.

Además de los síntomas que presenta el DSM-IV otros autores como Weiss (1991) citado por Israel y Wicks - Nelson (1997, p. 210) dice: “los niños que en unas situaciones no son capaces de concentrarse o de prestar atención en otras situaciones se mantienen durante horas sentados jugando, dibujando o haciendo construcciones de bloques”. Esto sugiere que a pesar de la

problemática que presenta el niño es posible lograr fijar su atención en una actividad en especial haciendo posible crear métodos para el manejo de éste trastorno.

Es bien sabido que los procesos cognitivos constituyen un recurso importante en el proceso de adaptación del hombre al mundo, en el niño dichos procesos se están aún formando y necesita aprender estrategias que le faciliten manejarlos.

Según Bornas, (2000) citado por Rofman y Valin (2000, p. 153): “una de las más importantes estrategias es la de auto-regulación de la conducta mediante el empleo de “verbalizaciones internas” o “discurso privado”.

Esto indica que posiblemente en escolares con trastorno por déficit de atención una ausencia o reducción de estas verbalizaciones internas hace que se mantengan conductas como el actuar sin pensar, el no poder refrenarse y el no poder controlar su conducta, lo cual constituye la principal explicación de que no adquieran habilidades y destrezas cognitivas.

Rofman y Valin (2000), hacen referencia a una clase especial de estas habilidades como son las estrategias para la solución de problemas, los niños con el trastorno se muestran muy poco hábiles a la hora de pensar diversas alternativas para resolver problemas interpersonales, utilizan siempre la misma estrategia que se les ocurrió inicialmente y tratan de resolver la situación de forma rápida y poco reflexiva.

Además se asocia a las personas con trastorno por déficit de atención dificultades en el control fino de sus movimientos, lo cual puede limitar el buen desempeño del niño en actividades manuales. Wicks-Nelson (1997, p. 211) e

Israel afirman que: “los problemas motores en los trastornos atencionales incluyen tanto un exceso de actividad como una actividad inoportuna”.

Rofman y Valin (2000), muestran que el niño con trastorno por déficit de atención, siempre se comportará con torpeza motriz, no porque tenga deficiencia alguna en las áreas de control motriz del cerebro y cerebelo, sino porque no pone suficiente atención en la regulación de sus movimientos.

Precisamente la fundación GRADAS (1997) ha diseñado una serie de estrategias para controlar dichas dificultades motrices, enseñándole al niño a través de diversas actividades a autoregular sus movimientos y a poner más atención a estos. Esto ha constituido un avance para el tratamiento de los trastornos atencionales, puesto que logrando controlar la torpeza motriz, va a tener un desempeño óptimo en sus actividades académicas ya que la valoración intrínseca y extrínseca que obtiene al mejorar sus labores dentro del aula le permitirán incrementar su nivel de autoestima.

El tratamiento de niños con DDA/H tiene un enfoque multidisciplinario que debe incluir: médico especializado, terapia familiar y orientación a padres, terapia psicopedagógica o apoyo escolar, intervención psicológica en el niño.

En cuanto al tratamiento farmacológico, los estimulantes son el tipo de medicación que se prescribe con mayor frecuencia, según Parmelee (1998) “ha sido demostrada su eficacia en relación al tratamiento de la actividad motora y de la falta de atención”. Es muy frecuente que entre los padres de niños con DDA/H exista el temor de que sus hijos se adhieran al fármaco, se sienten culpables frente a la fantasía de “intoxicar o drogar a sus hijos”. Sin embargo, Gratch (2001) afirma que “se ha investigado exhaustivamente, que

los pacientes que toman psicoestimulantes, no se convierten en adictos a ellos y cuando logran sorprendentes mejorías no suelen considerar que sus logros se deben a la medicación”, éste es un aspecto que los padres pueden consultar con un especialista con el fin de aclarar sus dudas y preocupaciones.

Ahora bien, se sabe que los fármacos producen algunos efectos secundarios, entre ellos: inapetencia, insomnio, cefaleas, dolores de estómago, depresión e irritabilidad, embotamiento, incremento de la hiperactividad o tics, los cuales se pueden corregir variando las horas de administración de la medicación.

Ninguna forma terapéutica por si sola ha sido efectiva a largo plazo, por eso hay que entrenar a niños, padres y maestros.

Existen también programas de modificación conductual para los niños con trastornos atencionales, los cuales están dirigidos a modificar las conductas hiperactiva, distraída e impulsiva común en estos niños, mejorando habilidades que contribuyan al aprendizaje. Según Wielkiewicz “una forma de corregir la conducta impulsiva y distraída sería entrenar al pequeño en habilidades verbales y cognoscitivas esenciales para analizar una tarea y responder correctamente” (1999, pág. 164).

Por otro lado la presencia de este trastorno desde la primera infancia suele favorecer la aparición de retrasos o fracasos escolares. Uribe y Restrepo (1998). encontraron que el índice de fracaso escolar en Nariño es del 61% y que entre otros trastornos el trastorno por déficit de atención constituye una de las causas de deserción escolar representado en el 30% de la población. Esto muestra que si se le presta mayor interés a este problema dentro del ambiente

escolar es factible que disminuya el alto porcentaje de fracaso escolar. La Organización Panamericana de la Salud (1994) citada por Cabrera (1999), dice:

“Se estima que el desempeño cognoscitivo del 4% de la población escolar, se encuentre en un nivel tan bajo que configura un retardo mental. El 30% de los niños que asisten a nuestras instituciones educativas presentan dificultades atencionales que limitan su capacidad para acceder a los contenidos curriculares y minan su adaptación al entorno educativo convirtiéndolos en una población susceptible de abandonar la escuela y generar conflictos sociales tanto en sus núcleos familiares como comunitarios.” (pág. 22).

Esto muestra que se hace necesario detectar y atender el trastorno en su etapa inicial y así evitar que el alto porcentaje de deserción escolar vaya en aumento, ya que un individuo que no tenga la posibilidad de estudiar en un ambiente que exige un alto nivel de competencia no podrá desempeñarse apropiadamente y esto podrá generarle inseguridad representando un deterioro en sus habilidades sociales.

Whalen y Henker citados por Wicks-Nelson e Israel (1997) reconocen cuatro grupos de características acerca del comportamiento social de los niños con dicho trastorno. El primer grupo se refiere a niños molestos, desobedientes, perturbadores; en el segundo grupo los niños se caracterizan por tener un gran efecto social puesto que son habladores y socialmente activos lo cual puede aumentar el riesgo de sufrir experiencias interpersonales

negativas; en el tercer grupo los niños tienden a ser más ruidosos, rápidos y enérgicos y en el cuarto grupo los niños son muy agresivos tanto física como verbalmente.

Rofman y Valin (2000), especifican que el niño con el trastorno por déficit de atención, con mucha frecuencia, se comporta de manera molesta para los demás, suele recibir un elevado número de recriminaciones verbales y gestuales, cuando no de castigos físicos, desde los primeros años de su vida. Tanto en su hogar como en la Escuela Infantil, es percibido por los adultos y los iguales como un niño "incómodo", difícil de tratar y, con el tiempo, le resulta cada vez más difícil establecer y conservar amistades. Suele ser rechazado por los demás y no muy apreciado por sus profesores.

Aunque los autores toman tales características como limitantes para el aprendizaje social, es necesario rescatar los aspectos positivos, como que los niños poseen una gran cantidad de energía, que pueden hacer varias cosas a la vez, son talentosos y espontáneos, etc., aspectos mencionados por la fundación GRADAS (1996) pensando en la importancia de que padres y maestros los tengan en cuenta para que estimulen al niño y pueda sacar mayor provecho de ellos, facilitando su desenvolvimiento dentro del grupo social.

Las causas del trastorno por déficit de atención no se han logrado establecer aún, sin embargo existen claros factores de riesgo que han sido retomados por la fundación GRADAS (1996), quienes otorgan el trastorno deficitario a múltiples aspectos, entre ellos: a) factores hereditarios; b) alteraciones cerebrales y/o bioquímicas; y c) causas físicas.

Es posible que los factores hereditarios participen en el origen del trastorno, puesto que muchos de los padres con hijos que presentan trastornos atencionales han sufrido de éste en la infancia, Biederman et al (1995), citado por Pineda, (1999), en su investigación sobre la relación genética con el trastorno encontró que “el 84% de adultos que tuvieron DDA/H durante la niñez tienen al menos un hijo con el trastorno, y el 52% tienen dos o más niños con el síndrome”, sin embargo estos hallazgos sugieren una influencia familiar, sin que pudiera definir con claridad cuanto era atribuible al factor hereditario y cuanto al mismo ambiente familiar; con respecto a las alteraciones cerebrales, explica que hay un desbalance en el cerebro de ciertas sustancias que regulan la atención como la serotonina, la catecolamina y/o que el cerebro metaboliza la glucosa, que es la principal fuente de energía del cerebro, a un ritmo menor de lo normal, produciendo hiperactividad, impulsividad, y distractibilidad en el síndrome de DDA/H. Las investigaciones actuales han demostrado que la dificultad neurobiológica predominante es una alteración en la actividad de los lóbulos frontales con un trastorno en la función ejecutiva; específicamente, con el componente frontal de la atención. La función ejecutiva es una compleja cadena de operaciones cognitivas encargadas de establecer metas, organizar simultánea y secuencialmente, iniciar, monitorizar, modificar flexiblemente y supervisar de manera consciente y dirigida toda la actividad cognoscitiva. (Benson, 1991, Pineda, 1986, Stuss y Benson, 1986, Stuss, 1992, citados por Pineda, 1999); finalmente, dentro de las causas físicas, se puede asociar el trastorno a daños cerebrales por envenenamiento con pintura a base de plomo, alergias producidas por ciertos alimentos etc.

No manejar de manera adecuada el trastorno por déficit de atención repercute significativamente en la vida del individuo. Barkley (1990), citado por Wicks-Nelson e Israel afirma: “la edad adulta de los niños con trastornos atencionales generalmente se caracteriza por un deterioro de las relaciones sociales, baja autoestima, depresión, conductas antisociales, consumo de drogas y una situación de desventaja escolar y laboral” (1997, pág. 224). Sin embargo Wicks-Nelson e Israel confrontan las afirmaciones de Barkley anotando que no todos los niños con trastornos atencionales sufren desadaptación en los años posteriores y que efectivamente en la mayoría de ellos están razonablemente adaptados en la edad adulta. Si bien es cierto que existen casos en los cuales se aprende a manejar el trastorno evitando que afecte en la edad adulta, no se puede hablar de que esto se dé en la mayor parte de la población afectada, puesto que teniendo en cuenta que los niños que presentan trastorno por déficit de atención son sometidos a desaires y rechazos constantes y que en consecuencia se les hace poco fácil establecer relaciones interpersonales y una vida social adecuada, no logran asentar una base firme, para posteriormente en la vida adulta, tener una vida social óptima.

Ansiedad

Los trastornos mentales caracterizados por la presencia de ansiedad como síntoma predominante se conocen desde la antigüedad, Reynolds y Richmond (1997) nombran diversos autores que han intentado conceptualizar la ansiedad, Darwin en 1965 sugiere que las reacciones de miedo se desarrollan a lo largo de un proceso de selección natural, May en 1977 describe la ansiedad como una respuesta humana dirigida hacia la reducción o destrucción de fuerzas

como la agresión, la fatiga, el aburrimiento y la muerte, Ayuso (1992), habla acerca de la historia de la ansiedad mencionando a Freud quien describió los diversos tipos de neurosis, considerando a la ansiedad como su elemento básico. La Asociación Americana de Psiquiatría replanteó la ordenación de los trastornos de ansiedad, abandonando el término neurosis y en el DSM-III clasifican los trastornos de ansiedad según los síntomas comunes. Esta clasificación diferencia los trastornos fóbicos, obsesivo-compulsivo y postraumático y mantiene el trastorno por ansiedad generalizada y el trastorno de pánico básicos de la neurosis de angustia clásica. Actualmente el DSM-IV utiliza un esquema de clasificación diagnóstica empleando ciertos criterios o agrupación de síntomas para describir los trastornos relacionados con la ansiedad, entre los cuales ha destacado el trastorno obsesivo compulsivo, trastornos por estrés, aquellos que tienen que ver con sustancias o con enfermedades médicas, las fobias, el trastorno de angustia por separación, las crisis de angustia y la ansiedad generalizada.

Para efectos de ésta investigación se tomará la definición de ansiedad planteada por Wicks-Nelson e Israel (1997), quienes la toman como un estado emocional que comprende tres tipos de reacciones ante una situación amenazante sin que necesariamente ésta represente algún tipo de peligro para el individuo, tales reacciones hacen referencia a las respuestas motoras, respuestas fisiológicas y respuestas cognitivas. Ejemplos de las primeras son voz temblorosa, inquietud persistente, frecuentes movimientos de las extremidades. Dentro de las segundas respuestas están las palpitaciones, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo o falta de aliento,

sensación de atragantarse, tensión muscular, molestias abdominales, náuseas, alteraciones del sueño. Las respuestas cognitivas se caracterizan por pensamientos de peligro, pensamientos de falta de capacidad, imágenes de daños corporales.

McCullough y Woods (1994, pág. 26), afirman que: “El espectro de sensaciones y emociones de ansiedad va desde la incomodidad, pasando por la agitación, el temor, el miedo y las sensaciones agresivas hasta el temor y pánico manifiestos”.

Las emociones más fuertes dentro de éste espectro representan realmente una fractura temporaria en el comportamiento que nos impide pensar con claridad, ser conscientes de lo que está pasando y encontrar una respuesta apropiada.

Esto sugiere que si bien la ansiedad es un estado que muchas personas han experimentado, también se debe tener en cuenta que cuando se presentan todos los síntomas se convierte en un problema significativo que afecta todas las áreas del individuo.

Se ha encontrado que un buen porcentaje de los niños(as) con hiperactividad y déficit de atención, sufren también de severos trastornos de ansiedad. La forma de presentación más común de estos cuadros en la infancia es la que se denomina angustia o ansiedad de separación. Los niños que presentan este trastorno tienen un temor patológico a desprenderse de sus padres, suelen tener pesadillas acerca de este tema, viven con el miedo de que les ocurra algo malo a sus padres cuando éstos están ausentes, les cuesta dormirse solos y rehúsan participar en actividades que implican pasar tiempo

fuera de casa, limitando su vida social. En ocasiones pueden negarse a ir a la escuela y tener rabietas y crisis de pánico en el momento de separarse de sus padres. Esto es diferente de lo que sucede con el niño hiperactivo con déficit atencional, que puede oponerse a ir a la escuela debido a la vivencia de fracaso que la misma le despierta, sin embargo, cuando ambas condiciones (déficit de atención e hiperactividad) y angustia de separación coexisten, pueden intervenir conjuntamente en la determinación de un mismo síntoma, por ejemplo, el desarrollo de una fobia escolar. Otros niños con ansiedad generalizada pueden tener preocupaciones excesivas y constantes respecto de su rendimiento en la escuela, con los amigos o en los deportes, tienen un temor exagerado a quedar en ridículo, suelen estar tensos y tienen tendencia a presentar enfermedades como cefaleas frecuentes o dolores abdominales. Suelen ser muy autocríticos y viven con temor de no ser aceptados socialmente, esto último está presente en la fobia social, donde puede observarse una vergüenza excesiva y un fuerte retraimiento frente a personas ajenas al entorno familiar.

Según Umbert (2000) citado por Guerrero (2002), “en el origen de los trastornos de ansiedad desempeñan un papel importante, por un lado, los acontecimientos estresantes como el divorcio de los padres en los períodos críticos de la infancia y, por otro, el estilo educativo de los padres con los hijos”.

En concreto, hay una estrecha relación entre la sobreprotección de los hijos y las respuestas de ansiedad por parte de éstos. Los niños ansiosos tienden a responsabilizarse excesivamente de los fracasos, experimentan dificultades para generar alternativas de actuación y discriminar las que son efectivas de las que no lo son y por último, suelen ser lentos en la toma de decisiones. La

atención excesiva del niño a sus propias reacciones y a sus propios pensamientos contribuye a desarrollar y mantener la ansiedad.

Por otra parte, Parmelee (1998), ha retomado diferentes teorías para explicar el origen de la ansiedad en la infancia, explica que las teorías conductuales consideran a la ansiedad como una función del condicionamiento tanto clásico como operante, puesto que todos los trastornos son producto de las experiencias de reforzamiento que proceden del ambiente, por otro lado el aprendizaje social explica que la gente puede aprender sus actitudes patológicas mediante la observación de experiencias y sentimientos de otros, condicionando así las respuestas de ansiedad. Además las teorías cognitivas consideran los pensamientos desadaptativos como factores precipitantes y probablemente mantenedores de la ansiedad en los niños. También tiene en cuenta los factores familiares y sociales que son determinantes en el desencadenamiento de estados patológicos de ansiedad ya que el ser humano durante toda su vida esta en contacto con otras personas, principalmente con sus padres, de los cuales aprende conductas, que al ser reforzadas, introduce en su repertorio comportamental.

Otra explicación acerca del origen de la ansiedad refiere que ésta tiene una base bioquímica, ya que existen alteraciones a nivel hipotalámico, en la regulación de secreción de hormonas y de algunos neurotransmisores, los cuales se ven comprometidos directamente con las manifestaciones fisiológicas de la ansiedad.

Toro y Yepes afirman: “La ansiedad básica en el niño, es un sentimiento de pequeñez, insignificancia, desprotección, abandono y peligro frente a un mundo

percibido como abusivo, atacante, humillante, traidor y envidioso” (1997, pág. 289); estos aspectos se generan principalmente en el círculo familiar, donde factores como el sistema de normatización, las pautas de crianza, la privación psicoafectiva o la violencia intrafamiliar son desencadenantes de los problemas de ansiedad, no obstante los factores socioculturales juegan un papel muy importante en la génesis y el mantenimiento de dichos problemas, uno de tales factores es el sistema educativo, el cuál es fundamental dentro del desarrollo del niño, puesto que es allí donde comienzan sus primeros contactos con personas diferentes, como los docentes y los compañeros de clase y donde tiene que enfrentarse a una nueva situación que puede resultar amenazante cuando el niño no posee una base segura para hacerlo, según Cabrera (1999). sugiere que:

“dentro de los factores socioculturales la educación formal es una variable que toma gran parte en la problemática que abarca la sintomatología ansiosa, por su ineficacia pedagógica, la utilización de técnicas y métodos obsoletos para la educación sumado a esto el maltrato físico y verbal que aún existe por parte de algunos docentes con el estudiante”.

Además de los factores educativos existe también una contribución de las influencias ambientales y genéticas que pueden estar relacionados con la ansiedad. Todos estos factores, llevan a concluir que existen varios aspectos que influyen significativamente en la presencia de la ansiedad y por lo tanto se hace necesario tener en cuenta dichos factores para un análisis global de este problema en cualquier individuo.

Por otra parte, Riso (1996). citado por Cabrera (1999) dice:

“los factores individuales o internos vienen siendo condicionados por una historia individual sujeta a experiencias negativas, con la expectativa de enfrentarse a un mundo hostil y difícil de asimilar afectando directamente funciones básicas en nuestra vida y capacidad de adaptación, es aquí donde convergen muchas emociones, las cuales se han asumido de manera inconsciente y mal adaptativa, que determina en muchos individuos una baja estimación y menor autoeficiencia militando contra el crecimiento personal, llevar una vida plena en todas las áreas del ser humano como la socialización, la vida familiar, la educación y una sexualidad sana entre otras” (pág. 16).

Cuando el niño presenta problemas de ansiedad y a esto no se le da un tratamiento adecuado es muy posible que se vea afectada su autoestima y en consecuencia en su vida adulta tenga enormes dificultades para obtener un buen desempeño social, laboral, familiar, etc.

Pautas de Crianza

Las pautas de crianza, procedimientos de educación o patrones de crianza son el resumen de la manera como los padres conviven con sus hijos; así como también el resumen de los métodos y medios que utilizan para dirigir la conducta de sus hijos. Estas se agrupan en dimensiones que cruzadas entre sí, dan como resultado diferentes combinaciones que conducen a la conformación de diversos tipos de educación familiar, según lo afirman: Clarizio y Mc Coy, (1972), Singer (1971) y Quintana (1972).

Las prácticas de crianza constituyen entonces el conjunto de acciones que los sujetos adultos de una cultura realizan, para orientar hacia determinados niveles y en direcciones específicas, el desarrollo de los sujetos, igualmente activos, pero más pequeños, del grupo. Las prácticas de crianza obedecen a sistemas de creencias que se han legitimado en pautas de comportamiento, y al igual que éstas, (las creencias y las pautas) tienen un carácter orientativo del desarrollo (Luna, 2001).

En resumen, las pautas de crianza son los conocimientos, actitudes y comportamientos que los padres asumen en relación con la salud, nutrición, importancia de ambiente físico y social y las oportunidades del aprendizaje de sus hijos en el hogar.

Una de las mayores responsabilidades a la que se enfrentan los padres es asegurarse de que sus hijos lleguen a poder autoregular su propia conducta; es decir, que sean capaces de ejercer control sobre sus impulsos agresivos, que regulen la expresión de sus emociones, y que demoren la gratificación para facilitar el logro de metas a largo plazo. Tal autoregulación es un proceso continuo y dinámico que los padres van forjando en sus hijos a través del proceso de socialización. Teóricamente, pueden volverse agresivos o poco ostentosos, egoístas o generosos, honestos o deshonestos, expresivos o tímidos con los miembros del sexo opuesto, independientes o dependientes respecto a los padres. De ahí que una de las funciones de los padres es saber cómo transmitir esos valores en el niño (Corredor y Fernández, 1989).

Las creencias, los valores, y las actitudes que rigen la socialización, así

como también la manera de inculcar las normas y desarrollar el comportamiento deseable en los niños varían entre culturas. Sin embargo, a pesar de las desigualdades en los estándares sociales, existen ciertas conductas que son objetivo de socialización prácticamente en todo el mundo. Todas las sociedades aspiran a que los niños sean cada vez más independientes y capaces de cuidar de sí mismos, que inhiban o expresen la agresión en formas socialmente aceptables, y que se abstengan de hacer conductas claramente antisociales. Mas aún, no sólo espera que los individuos se autocontrolen, sino que se socializan con el fin de realizar conductas prosociales, tales como compartir, ayudar, cooperar, y compadecerse (Luna, 2001).

La familia es el primer ambiente donde el niño se desarrolla durante los primeros años de vida, antes que entre en contacto con otras agentes socializantes (escuela, iglesia, comunidad, etc.). Es allí donde el niño debe encontrar una serie de experiencias socio - afectivas positivas (reconocimiento, valoración, etc.) que le permiten desarrollar su ajuste posterior. Las formas de comunicación con los hijos, muchas veces obedecen a la tradición en ciertas prácticas culturales las cuales resultan desadaptativas para la dinámica familiar y empeoran el problema de interacción a largo plazo.

Mucha atención se ha prestado al área de desarrollo psicosocial del niño en edades comprendidas entre uno y seis años, debido a que este periodo es crítico para la formación de patrones de ajuste social, emocional y cognoscitivo. (Papalia y Wendkos, 1997).

Alfredo Ardila, (1997), citado por Luna (2001), ha realizado investigaciones sobre los patrones de crianza de los niños colombianos e interpreta el aprendizaje cultural como la forma de modificar el comportamiento de acuerdo con los valores, actitudes y patrones de conducta de una cierta cultura. Según sus estudios, las variaciones en estilos de familia, las diferentes pautas de crianza de los niños, las variaciones sociolingüísticas, los marcos de referencia, ideológicos y políticos, los sistemas de valores se encuentran en los factores que influyen sobre el desarrollo psicológico.

Según Singer (1997), las interacciones de los padres con sus hijos se pueden agrupar en dos dimensiones, las cuales abarcan diferentes pautas de crianza utilizadas.

* Dimensión Severidad – Tolerancia: Los padres severos fijan pautas que los hijos deben seguir sin cuestionar, valoran ante todo la obediencia empleando frecuentemente el castigo físico. Los padres tolerantes por su parte rehuyen a enfrentar los conflictos de poder con el niño, proporcionan explicaciones sobre las normas familiares y frecuentemente las negocian y además acceden a los deseos del niño.

* Dimensión Afecto – Frialdad: Los padres afectuosos son acogedores, indulgentes, comprensivos y constantemente emplean el raciocinio (diálogo) para que los niños realicen las acciones que ellos consideran correctas; en cambio los padres que se encuentran en el otro extremo de la dimensión (frialdad) son hostiles y rechazan a los niños, es decir, que las relaciones se caracterizan por la escasa emotividad.

Baumrind (1971), citada por Papalia & Wendkos (1998), definió tres categorías en los estilos de los padres para criar a sus hijos y además describió los patrones de comportamiento típicos de los niños criados de acuerdo a cada estilo:

Padres autoritarios : Buscan que los niños obedezcan las normas que ellos establecen de manera incuestionable, son menos afectuosos que otros padres y sus hijos tienden a estar más inconformes, a ser retraídos e insatisfechos.

Padres permisivos : Hacen pocas exigencias permitiendo que los niños se autoregulen tanto como sea posible, son pocas las reglas en la familia, consultan las decisiones con sus hijos, rara vez los castigan y son relativamente afectuosos ; sus hijo tienden a ser inmaduros, con menor capacidad de autocontrol y menor interés en explorar.

Padres democráticos : Guían sus hijos en forma racional, respetando sus intereses, opiniones y personalidad, son amorosos, exigentes, consecuentes y respetuosos en las decisiones independientes de sus hijos ; sus hijos son seguros, confían en sí mismos, se controlan, manifiestan interés por explorar y se muestran satisfechos.

Cuando la familia no logra proporcionar adecuadas y consistentes bases para el adecuado desarrollo del niño, éste queda especialmente vulnerable al desencadenamiento de trastornos emocionales o de conducta, dificultades de aprendizaje, entre otros. Según Gale y Chapman (1990, p. 60) “los niños con trastornos persistentes casi siempre provienen de familias donde existen la discordia y las riñas, donde hay falta de afecto, donde la disciplina es inconsistente, ineficaz, extremadamente severa o extremadamente tolerante”.

ASPECTOS METODOLOGICOS

Tipo de Estudio

La investigación no experimental es aquella que se realiza sin manipular variables, según Hernández, Fernández y Baptista (1991). “lo que se hace es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos” (pág.189). También afirman que en un estudio no experimental se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por el investigador, en el que las variables ya han ocurrido y el investigador no tiene control directo sobre ellas porque ya sucedieron al igual que sus efectos.

Esta investigación es de diseño no experimental, puesto que se evaluó las pautas de manejo conductual utilizadas por los padres de niños que presentan trastorno por déficit de atención y ansiedad, sin manipular ninguna variable para posteriormente analizar los resultados obtenidos.

La investigación es de tipo descriptivo – propositivo y de enfoque cualitativo, puesto que se pretendió evaluar la incidencia de las pautas utilizadas por los padres, determinando cómo son y cómo influyen en el comportamiento de los niños con trastorno por déficit de atención y ansiedad.

Según Bonilla (1989), citado por Bonilla y Rodríguez (1997, p. 68) “La investigación cualitativa intenta hacer una aproximación global de las situaciones sociales para explorarlas, describirlas y comprenderlas de manera inductiva.”, esto permite al investigador estudiar una realidad social, profundizar sobre ella y confrontar permanentemente la información obtenida en el proceso investigativo. Este tipo de enfoque permitió explorar los estilos de crianza que generalmente utilizan los padres, identificarlos y determinar sus fortalezas

y debilidades, como también su influencia en el comportamiento de los niños con DDA/H y ansiedad.

Para la presente investigación se utilizó previamente la Escala de Ansiedad manifiesta en niños CMAS-R, con el fin de identificar la presencia de ansiedad en los niños con DDA/H.

Unidad de Análisis

En ésta investigación la unidad de análisis corresponde a todos los padres de los niños que presentan trastorno por déficit de atención.

Unidad de Trabajo

Continuando con el proceso de investigación, se tomó como unidad de trabajo a un grupo de 12 padres de ambos géneros, cuyos hijos pertenecen al Centro de Habilitación del niño (CEHANI), quienes representaban en ese momento la totalidad de padres de niños con DDA/H. Además se trabajó con los niños que presentan DDA/H y ansiedad del Centro de Habilitación del niño (CEHANI), de ambos géneros, cuyas edades oscilan entre los siete y trece años de edad. El DDA/H en los niños fue diagnosticado bajo criterio neuropediátrico y los niveles de ansiedad se evaluaron previamente mediante la aplicación de la Escala de ansiedad manifiesta en niños.

Técnicas de recolección de información

Se utilizaron dos tipos de instrumentos: La escala de Ansiedad Manifiesta en niños y la Entrevista Semiestructurada con una guía con padres y profesionales conocedores del tema.

Escala de Ansiedad manifiesta en Niños

Se utilizó la Escala de ansiedad manifiesta en niños CMAS-R, con el fin de determinar el nivel de ansiedad de los niños que presentan trastorno por déficit de atención.

La CMAS-R original fue muy popular como instrumento clínico de investigación y aunque arrojó grandes resultados a la hora de identificar la naturaleza específica de la ansiedad, recibió varias críticas puesto que según los investigadores los reactivos no podían reunir todos los criterios de un buen reactivo de prueba, por lo que la revisión de la CMAS-R se dirigió a tener en cuenta las críticas y de esta manera mejorar el instrumento.

Reynolds y Richmond (1997), crearon ésta escala subtítuloada “Lo que pienso y siento”, como un instrumento de autoinforme que consta de 37 reactivos, diseñado para valorar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad.

Este instrumento puede aplicarse ya sea de manera individual o a grupos de personas. El niño responde a cada afirmación encerrando en un círculo la respuesta “Si” o “No”. La respuesta “Si” indica que el reactivo está describiendo los sentimientos o acciones del niño, mientras la respuesta “No” indica que el reactivo por lo general no lo está describiendo. La escala, además de determinar la puntuación de ansiedad total, brinda cuatro puntuaciones de subescalas que se denominan: ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad, preocupaciones sociales/concentración y también determina la sinceridad del niño al contestar la prueba.

La aplicación de la CMAS-R debe seguir los principios legales y éticos de la aplicación de las pruebas. Además antes de aplicar el instrumento debe obtenerse permiso del niño al igual que del padre o tutor. Los resultados de la prueba deben ser confidenciales.

Los objetivos principales en el desarrollo de la CMAS-R fueron: a) crear una medida objetiva de la ansiedad en niños adecuada para la aplicación en grupo; b) mantener el tiempo de aplicación al mínimo requerido para la evaluación exacta; c) promover la claridad de los reactivos y un nivel de legibilidad que hagan adecuada a la escala para emplearse con niños de primaria; d) cumplir hasta donde sea posible, estándares psicométricos y e) desarrollar normas a gran escala e información sobre las puntuaciones de ansiedad de diversos grupos de niños.

Para la estandarización de la CMAS-R se utilizó una muestra de 4972 niños entre los 6 y los 19 años de edad, pertenecientes a los dos sexos, de diferentes razas, de áreas rural y urbana y de diversas regiones geográficas importantes de los Estados Unidos. Para asegurar la naturaleza representativa de la muestra se procuró que los niños procedieran de vecindarios y escuelas específicos con una composición de nivel socioeconómico conocida, incluyendo los niños que asistían a clases de educación especial. Una vez identificada la CMAS-R como una escala adecuada para medir la ansiedad manifiesta en niños y adolescentes, se desarrolló una versión en Español de ella; psicólogos uruguayos conocedores del inglés y español hicieron la traducción hasta hacer una correspondencia de significados entre ambas versiones. Posteriormente se aplicó la escala a 1423 personas entre niños y adolescentes, que representaban a los niveles económicos: bajo, medio y alto de Uruguay. Después de realizar los estudios psicométricos, de confiabilidad y validez, se concluyó, según Reynolds & Richmond (1997) que: “ la versión en español de la CMAS-R presenta propiedades psicométricas comparables con las de la

versión original, las que la hacen adecuada para medir la intensidad y naturaleza de la ansiedad rasgo en niños y adolescentes, sugiriendo esta investigación, que esta prueba puede constituirse en un instrumento de utilidad en otros países de habla hispana”

. Aunque la aplicación de la CMAS-R resulta útil en una situación de exploración, se recomienda la aplicación individual para niños más pequeños al igual que niños con problemas de lectura y otras discapacidades.

Para la aplicación en grupo, el examinador debe leer estas instrucciones en voz alta mientras los niños las leen en silencio. Si el examinador se enfrenta a niños o niñas difíciles, debe ser especialmente sensible para las respuestas hechas por condescendencia y al azar. Cuando se aplica la prueba en forma individual, el examinador debe leer cada reactivo en voz alta, mientras el niño encierra en un círculo “Sí” o “No” en respuesta a cada aseveración, si un niño no entiende una palabra hay que explicársela brevemente, en lo posible sin utilizar ejemplos, de esta manera se confirma que el niño está respondiendo lo que realmente contiene el reactivo, cuando el niño desea marcar más de una respuesta se le debe instruir para que marque la que mejor describa sus sentimientos. Para que el examinador pueda explicar correctamente los reactivos a los niños, es fundamental que conozcan con anterioridad la prueba.

Teniendo en cuenta que la población objeto de estudio presenta problemas atencionales se aplicó el instrumento en forma individual, siguiendo las instrucciones planteadas para el examinador en estos casos, con el fin de controlar con mayor facilidad los inconvenientes que se les presentaron a los niños en el momento de contestar la prueba.

Los puntajes obtenidos en la CMAS-R fueron sometidos a un análisis estadístico para luego describir el nivel de ansiedad total de los niños que presentan el trastorno por déficit de atención.

Entrevista cualitativa

En la investigación cualitativa según Bonilla y Rodríguez (1997), “la entrevista abierta y personal es un instrumento muy útil para indagar un problema y comprenderlo tal como es conceptualizado e interpretado por los sujetos estudiados, sin imponer categorías preconcebidas”.

Para el propósito de ésta investigación se entrevistó a los padres de familia de los niños con DDA, con el fin de evaluar las pautas de manejo conductual utilizadas por estos frente al comportamiento de sus hijos y además se entrevistó al profesional conocedor del tema para confrontar la información presentada por dichos padres.

La modalidad de entrevista cualitativa que se utilizó fue la mencionada por Patton (1980), citado por Bonilla y Rodríguez (1997), denominada Entrevista semiestructurada con una guía, en la cual el investigador maneja un conjunto de tópicos para abordar con los entrevistados, permitiendo profundizar información, recolectarla en forma sistemática y darle un mejor manejo.

Análisis descriptivos de la aplicación de la CMAS-R

Para determinar la existencia de niveles de ansiedad en los niños que presentan Trastorno por déficit de atención del Centro de Rehabilitación del niño (CEHANI), se aplicó previamente la escala de ansiedad manifiesta en niños CMAS-R, para lo cual se solicitó el permiso de los niños y de sus padres y siguiendo los parámetros éticos y legales para la evaluación

individual, posteriormente se aplicó la prueba obteniendo los siguientes resultados:

Tabla

Relación entre Tipo y Nivel de Ansiedad

TIPO DE ANSIEDAD	ANSIEDAD TOTAL		ANSIEDAD FISIO.		INQUIETUD / HIPERSEN			PREC. SOCIALES / CONCENTRACION			MENTIRA		
	norm	moder	Norm	moder	norm	moder	allto	norm	moder	allto	norm	moder	allto
TOTAL	8.3%	91.3%	32.2%	66.6%	8.3%	50%	41.6%	8.3%	42%	50%	50.3%	32%	16%

Ansiedad Fisiológica

Las puntuaciones en la subescala de ansiedad fisiológica, mostraron que predomina un nivel moderado, representado en un 66.6% de la población y el 32.2% restante presenta un nivel normal en ésta subescala. Las respuestas fisiológicas que se miden en ésta subescala son: sudoración especialmente en manos, resequedad en la boca, hiperventilación, aumento de la frecuencia respiratoria y cardíaca, tensión muscular, dolor de estómago, náuseas, entre otras. Esta puntuación según Reynolds y Richmond, (1997) sugiere que “el niño tiene cierta clase de respuestas fisiológicas que típicamente se experimentan durante la ansiedad”, situación que puede generar otro tipo de problemas, especialmente en el área social, puesto que tales manifestaciones aumentan la inseguridad personal del niño.

Inquietud/Hipersensibilidad

Las puntuaciones en la subescala de Inquietud/hipersensibilidad mostraron que predomina un nivel moderado, representado en un 50% de la población; el 41.6% presenta un nivel alto y el 8.3% un nivel normal en ésta subescala. Las respuestas que se miden en ésta subescala son de tipo motor como tartamudeo, temblor, movimientos corporales (mover frecuentemente pies y manos, masticar lapiceros, etc.), aislamiento o evitación de la situación provocadora de ansiedad. En ésta subescala no es raro encontrar en las puntuaciones niveles altos y moderados de ansiedad puesto que se está hablando de niños con DDA/H y una de las principales características del trastorno es la hiperactividad, la cual para Guerrero, (2002) “es difícilmente regulada, su capacidad de espera es mínima. No reflexionan, saltan y hablan antes de tiempo, lo cual hace que sus interacciones no correspondan a la socialmente esperadas, por ello frecuentemente están en problemas con los adultos y se vuelven impopulares con sus compañeros”, dichas interacciones no aceptadas socialmente generan en estos niños una significativa hipersensibilidad a las presiones ambientales, acentuando la intensidad tanto del DDA/H como de la ansiedad.

Preocupaciones sociales / concentración

Las puntuaciones en la subescala de Preocupaciones sociales / concentración mostraron que predomina un nivel alto, representado en un 50% de la población, un 42% presenta un nivel moderado y un 8.3% un nivel normal. Las respuestas que se miden en ésta subescala son de tipo cognitivo como

autoverbalizaciones negativas (“nada hago bien”, “los demás son mejores que yo”), expectativas poco claras sobre la vida, preocupación por la muerte y algún peligro inminente y sentimientos de inferioridad . Las altas puntuaciones en ésta subescala de Preocupación social/Concentración muestra una relación significativa con las manifestaciones del DDA/H, puesto que es posible que los niños experimenten ansiedad por su dificultad para vivir de acuerdo con las expectativas de las personas más importantes en sus vidas, su principal preocupación parece ser según Reynolds y Richmond, (1997) que “ellos no son tan buenos, efectivos o capaces como otros, lo cual seguramente es un sentimiento relacionado con la ansiedad. Cualquier tipo de ansiedad puede interferir con la capacidad del niño para concentrarse en tareas académicas o de otro tipo”.

Mentira

Las puntuaciones en la subescala de Mentira mostraron que predomina un nivel normal, representado en un 50.3% de la población, un 32% presenta un nivel moderado y el 16.6% un nivel alto. Las razones que explican éste aspecto y que fueron consideradas por Reynolds y Richmond, (1997), cuando estandarizaron la escala son que “la alta puntuación de mentira parece relacionarse con sentimientos de aislamiento o rechazo social por parte del niño; la alta calificación de mentira es tan útil en la predicción de problemas de los niños como una alta puntuación de ansiedad total.” Este aporte explica el nivel moderado que presentaron los niños con DDA/H en ésta subescala, puesto que éste tipo de niños suelen estar sometidos a la crítica constante por parte de las personas que les rodean, lo cual los obliga a mejorar su

imagen o cumplir con expectativas desmesuradas y poco realistas de sí mismos.

Ansiedad Total

Las puntuaciones muestran que predomina un nivel moderado de ansiedad total en la población, representado en un 91.3% y el 8.3% presenta un nivel normal. Estos porcentajes empiezan a ser significativos teniendo en cuenta que la población objeto de estudio se encuentra en edad escolar y a pesar de no existir muchos estudios o bibliografía sobre los trastornos de ansiedad en la infancia en comparación con la existente en los adultos, se piensa que por lo invalidantes que pueden ser dichos trastornos y su posterior consecuencia en la vida adulta, es necesario atender determinados signos de ansiedad visibles en los niños y tratarlos con ayuda de un psicólogo infantil para reducirlos y así mejorar la calidad de vida de estos. Esta es una forma de conducirles hacia una más satisfecha vida adulta.

Procedimiento

La evaluación realizada a los padres de los niños que presentan Trastorno por déficit de atención del Centro de Rehabilitación del niño (CEHANI), se llevó a cabo en el período comprendido entre los meses de noviembre del 2001 y marzo del 2002, mediante la aplicación de una entrevista cualitativa.

Para validar la consistencia de los hallazgos se sopesó la calidad de la información a través de datos provenientes de informantes que conocen el tema y están comprometidos con el estudio.

Para la realización del análisis descriptivo de los resultados se crearon cuatro categorías iniciales derivadas de los tópicos de la entrevista cualitativa para padres y del marco teórico de ésta investigación.

Luego de categorizar la información con base en los resultados de las entrevistas realizadas, se procedió a dividir las subcategorías que se obtuvieron a partir de las recurrencias en las respuestas de la unidad de trabajo, con el fin de sistematizar la información.

Las categorías que se encontraron fueron cuatro: la primera se llamó conocimiento del DDA/H, con cinco subcategorías: problemas en el comportamiento, enfermedad médica, causas del trastorno, tratamiento, uso de medicamentos; la segunda categoría denominada: manejo del comportamiento inatento, con tres subcategorías: desconocimiento del manejo, estrategias para mantener la atención y comportamiento de evitación; la tercera categoría se llamó manejo del comportamiento hiperactivo, con dos subcategorías: procedimientos inadecuados con base en el maltrato físico y psicológico y procedimientos adecuados; la cuarta categoría denominada manejo del comportamiento impulsivo, con una subcategoría: actitudes inadecuadas.

Ver anexo D, E, F Y G.

Análisis Descriptivo de los Resultados Cualitativos

Conocimiento del DDA/H

El trastorno por déficit de atención, es una dificultad que se presenta en un gran porcentaje entre la población infantil, sin embargo, muy pocos son los estudios que se han realizado alrededor del tema y en consecuencia existe un desconocimiento entre las personas que están directamente relacionadas con éste tipo de niños.

Si hay algo que preocupa más a los psicólogos frente a los trastornos de la infancia, es la poca capacidad de las familias y los colegios para detectarlos, conocerlos y manejarlos. La psicóloga Annie de Acevedo, citada por García (2003, p. 3-11), dice que “no identificar y tratar esos problemas a tiempo, puede dejar secuelas físicas y emocionales de por vida”. Cita como ejemplo el caso de los niños hiperactivos, que son castigados por padres y maestros porque no pueden controlarse: “son pequeños que a la larga desarrollan problemas de comportamiento, como la agresividad” .

El desconocimiento por parte de las personas que rodean al niño conduce a procedimientos inadecuados para controlar la conducta del pequeño, creando nuevos trastornos de tipo emocional.

Problemas en el comportamiento

Los padres expresan un desconocimiento del trastorno, puesto que se limitan a considerarlo como un problema netamente de comportamiento, sin tener en cuenta sus bases biológicas, causas, características, consecuencias, entre otras.

Algunos relatos muestran éste fenómeno:

“Son niños insoportables.”

“Mi hijo no me obedece, es un niño muy inquieto.”

“A veces, me desespera porque por más de que lo regañe el no entiende.”

A su vez, los padres asocian el comportamiento del niño con los excesivos consentimientos que reciben los niños por parte de su madre y de otros miembros de la familia, como los abuelos, lo cual se presta para que se presenten problemas en la relación de pareja. Como en los siguientes casos:

“La mamá tiene la culpa por consentir tanto al niño.”

“Mis papás son los que lo consienten todo el tiempo desautorizando nuestras normas.”

“Discutimos porque no estamos de acuerdo en el manejo del niño.”

“Muchas veces nos culpabilizamos, nos contradecemos y llegamos al punto de la agresión.”

Como se puede apreciar, la formación del niño no solo está a cargo de los padres, sino también de otros miembros de la familia entre los cuales no hay unificación de criterios a la hora de educar al niño, lo que conduce a riñas familiares y mayor inestabilidad en éste.

Al respecto el psicólogo dice:

“La relación de pareja se les va al suelo, por lo general estos niños separan a sus papás.”

“Terminan en unos conflictos familiares tenaces, porque el papá no permanece mucho tiempo en la casa y cuando permanece quiere que todo esté en orden.”

En general, si se analiza en profundidad lo anteriormente expuesto, se puede apreciar que los padres de estos niños intuyen que existe un problema en el niño que requiere de ayuda especializada, sin embargo creen que dicho problema es netamente de comportamiento generado en el ambiente familiar, desconociendo las características neurobiológicas del DDA/H y sus manifestaciones que son claramente definidas en la conducta del niño.

Enfermedad médica

Otra parte de los padres preocupados por los problemas de comportamiento de sus hijos, se han interesado por informarse acerca del trastorno, llevándolos a tomar éste como un problema eminentemente biológico. He aquí algunos comentarios al respecto:

“Según lo que he leído, mi hijo tiene un problema biológico y tiene que usar drogas para curarse.”

“El niño es inquieto porque tiene un problema en su cerebro.”

Causas del trastorno

Con respecto a ésta subcategoría se encontró que la mayoría de los padres relacionan el trastorno con factores hereditarios.

“El niño es así porque salió igual a su papá.”

“Mi suegra dice, que mi esposo era insoportable de chiquito.”

La información sobre el por qué de la hiperactividad infantil es escasa. Lo único cierto es que la hiperactividad implica rasgos temperamentales que se manifiestan en un grado extremo y que su incidencia es mayor en familias en las que algún miembro fue también hiperactivo durante la infancia.

Por otro lado, otro grupo de padres afirman que el problema del niño se debe a alergias a cierto tipo de alimentos. Como se puede apreciar en el siguiente comentario:

“Creo que cuando el niño come dulces se pone más inquieto.”

Es evidente que el azúcar crea más agitación en estos niños. Sin embargo un régimen de alimentación bajo en azúcar no corrige la hiperactividad.

Tratamiento

Vale la pena destacar la iniciativa de los padres para buscar ayuda en un centro especializado, lo cual les permite conocer de la necesidad del tratamiento farmacológico, psicológico, de educación especial y terapia ocupacional, sin embargo consideran que el centro es el encargado totalmente de la problemática del niño, dejando de lado su responsabilidad al respecto.

“El niño necesita que lo vea el psicólogo.”

“Para ayudar al niño hay que traerlo al CEHANI.”

“Al niño hay que darle drogas para que se controle”

Además, otra dificultad que se encontró es que el desconocimiento del trastorno conduce al desconocimiento del manejo, haciendo que los padres se sientan impotentes frente al trato que deben darle a su hijo.

“El niño se me salió de las manos.”

“No se como tratar al niño.”

El psicólogo comenta al respecto:

“Los padres no están preparados para tratar ésta problemática.”

“No tienen ni idea del problema, algunos piensan que son endemoniados, los llevan a brujos para que les hagan brujerías, baños y cosas raras, otros los llevan por posesiones a iglesias, caen en unos fanatismos estúpidos”

“Llevan al niño de médico en médico, quienes les suministran drogas para los parásitos.”

Uso de medicamentos

Teniendo en cuenta que la hiperactividad es un trastorno neurobiológico, se hace necesario el uso de medicamentos, los cuales no curan la hiperactividad pero si ayudan a controlarla, facilitan que los niveles de atención y la inquietud motora se ajusten mejor a las demandas del medio.

Se puede apreciar que los padres utilizan los medicamentos por los resultados favorables de estos, sin embargo lo hacen con temor a sus efectos secundarios, ellos afirman:

“Al principio sentí temor, ahora pienso que si ayuda.”

“Es la única forma de mantenerlo quieto.”

Otro grupo de padres prefieren evitar el uso de estos afirmando:

“Creo que la droga es muy fuerte y prefiero no usarla.”

“Son un arma de doble filo por sus efectos secundarios.”

Manejo del comportamiento inatento

Lo que más caracteriza al niño con DDA/H es su dificultad para mantener la atención durante ciertos períodos de tiempo. Esto se pone de manifiesto en casa por la natural incapacidad del niño para seguir las indicaciones y las directrices que se le marcan. A veces da la impresión de que no ha oído lo que se le ha dicho, o, simplemente, que no estaba escuchando.

En el colegio, el niño con DDA/H es incapaz de concentrarse en la realización de las tareas que duran un largo período de tiempo, por eso pasa con frecuencia de una tarea a otra, sin concluir ninguna. Por otra parte, es frecuente que el niño centre su atención en los estímulos menos relevantes de la información que se le presenta. El niño con DDA/H es más vulnerable a los estímulos del contexto ambiental que cualquier otro niño, por lo que tiene gran facilidad para distraerse (Avila y Polaino-Lorente, 2002).

Desconocimiento del manejo

La mayoría de los padres expresan que la inatención es un aspecto de muy difícil manejo para ellos, algunas afirmaciones al respecto son:

“En realidad no se como hacer para que el niño atienda.”

“El profesor es quien está preparado para enseñarle a mi hijo a que atienda.”

Lo anterior muestra que los padres no saben como manejar la inatención de sus hijos y además delegan éste tipo de responsabilidades a los docentes,

porque asumen que estos han recibido una formación académica que les permite abordar éste problema.

Estrategias para mantener la atención

Otra parte de los padres buscan métodos que ayuden a su hijo a corregir éste aspecto, sin obtener soluciones apropiadas, como lo manifiestan en los siguientes casos:

“ Le he comprado juegos didácticos, pero los acaba o los pierde.”

“ Le digo que le voy a dar un regalo si termina la tarea completa, pero parece que no le interesa.”

“ No lo dejo levantarse a jugar hasta que termine.”

“Tengo que repetirle varias veces.”

A partir de lo anterior se puede observar que los padres no conocen métodos adecuados para ayudar a sus hijos a mantener la atención y aunque algunos recurren al uso de estrategias como la compra de material didáctico, no se comprometen con un proceso práctico que le permita al niño mejorar éste aspecto.

Comportamiento de evitación

Un pequeño grupo de padres evita realizar cualquier tipo de actividad con los niños que esté dirigida a mantener su atención:

“No le hago ejercicios porque se vuelve más irritable de lo que es.”

“Realmente no me he dedicado a hacer cosas específicas que le ayuden a mi hijo en eso.”

Como se puede apreciar, los padres por temor al comportamiento irascible del niño o por falta de tiempo o dejadez no se preocupan por mejorar éste aspecto.

En resumen, la inatención es una dificultad poco comprendida por los padres que los lleva a pensar que es el niño quien voluntariamente no quiere atenderlos , ni escucharlos y mucho menos obedecerles, cuando en realidad lo que sucede es que el niño si atiende, pero a muchas cosas a la vez.

Respecto a ésta situación el psicólogo opina:

“Su visión y su cerebro no se centran en un solo estímulo relevante, la llamamos inatención porque se centran en muchos estímulos irrelevantes o relevantes, no es porque no atiendan a nada, sino que a muchas cosas al tiempo.”

“Yo pienso que hay que llamarlo multiplicidad de atención.”

“La gente piensa que el niño es elevadito, ese es el niño con ansiedad que es muy diferente al niño con DDA, aunque estos niños generalmente presentan los dos trastornos.”

Manejo del Comportamiento Hiperactivo

La hiperactividad infantil es un trastorno de conducta, de origen neurológico. Su incidencia es alta en la población infantil, siendo diez veces más frecuente en los niños que en las niñas. Este componente de la triada sintomática del DDA/H es considerado la alteración infantil más frecuente.

El niño hiperactivo salta constantemente, corre, va de un lado a otro sin parar, se mueve con exceso, en síntesis parece como movido por un motor, son

todas estas características las que conducen a los padres a desesperarse, confundirse y en consecuencia no tomar medidas adecuadas.

Es fundamental tratar la hiperactividad en estos niños porque como lo menciona Avila y Polaino-Lorente (2002), “un 25% de los niños hiperactivos incurren en actos delictivos, abusan de la droga y el alcohol y tienen serios problemas de personalidad durante la vida adulta”.

Procedimientos inadecuados con base en el maltrato físico y psicológico

Gran parte de los padres utilizan gritos, regaños, amenazas, golpes, entre otros para controlar la conducta hiperactiva de sus hijos.

Algunas afirmaciones que respaldan lo anterior son:

“ Lo grito cuando no hace las tareas.”

“Si se porta muy mal le doy una palmada.”

“Me comporto agresivamente para que entienda.”

“Lo grito y lo regaño para que me obedezca.”

“Le pego con la correa.”

“Me desespero y por eso lo grito.”

“Lo que hago es sacudirlo.”

“Cuando se pone insoportable lo encierro hasta que se calme.”

“Me pongo a llorar.”

“Lo castigo pero el papá lo consiente”

“Lo amenazo con la llegada del papá”

A partir de lo anterior se puede demostrar que los padres utilizan pautas inadecuadas de manejo frente al comportamiento hiperactivo de sus hijos, basadas principalmente en el maltrato físico y psicológico, lo cual no les

resuelve el problema, ya que estos niños no aceptan bien el supuesto o real castigo. Además, el niño hiperactivo necesita más tiempo que cualquier otro para diferenciar las conductas apropiadas de las que no lo son, y, con frecuencia, comete la misma falta una y otra vez.

Procedimientos adecuados

Un pequeño grupo de padres utilizan mejores estrategias para controlar la conducta hiperactiva de sus hijos.

Ejemplos de lo anterior son los siguientes:

“Cuando se porta mal, le quito lo que más le gusta”

“Con afecto y paciencia le ayudo a hacer las tareas”

“Le digo que le voy a dar un premio”

“Cuando se porta bien lo llevo el fin de semana”

“Le muestro con ejemplos como debe portarse”

“Lo ignoro hasta que se le pase”

“Me tranquilizo y espero hasta que se calme”

Las anteriores afirmaciones son ejemplos claros de las nuevas técnicas creadas por expertos para controlar la conducta del niño con DDA/H, las cuales encajan dentro del modelo conductual, cuyos principios generales se basan en la aplicación de premios y castigos. Esta forma de controlar la conducta infantil es eficaz para todos los niños, pero especialmente para los hiperactivos. Además de su eficacia, tienen la ventaja de la facilidad de su aplicación. Sin embargo para que los resultados sean óptimos, es importante que los padres sean constantes a lo largo del proceso de modificación conductual.

Manejo del comportamiento impulsivo

La impulsividad en el niño con DDA/H se manifiesta cuando el niño actúa de forma inmediata sin pensar en las consecuencias de su acción.

Cuando emprende alguna nueva actividad, empieza con entusiasmo, la realiza de forma desorganizada y desestructurada y pocas veces la termina. Cualquier pensamiento que pase por su cabeza es inmediatamente ejecutado.

Su impulsividad les lleva a convertir en acto cualquier deseo y a causa de esto continuamente se meten en líos. De ahí que ante cualquier fechoría sean siempre ellos los primeros que aparecen como sospechosos.

En el colegio, sus cuadernos están sucios y descuidados. Las actividades escolares se realizan en forma irreflexiva y desorganizada.

En casa, el niño no tiene paciencia para seguir las reglas del juego y, en consecuencia, no sabe jugar solo, no se entretiene con ningún juguete y continuamente pasa de una actividad a otra, situación que para los padres se vuelve incontrolable.

Actitudes Inadecuadas

Al preguntar a los padres acerca de su actitud frente a los comportamientos impulsivos de sus hijos, algunos expresaron que en general los gritos y los regaños son el método que más les da resultado.

Como se puede observar a continuación:

“Utilizo gestos que le demuestren que estoy enojada cuando hace algo indebido”

“Lo mando a callar”

“Lo grito y lo regaño”

Otros, utilizan un estilo permisivo frente a este tipo de comportamientos.

“He optado por dejarle que haga lo que quiera, que hable, que se levante de la mesa o que nos interrumpa, porque ya me cansé de regañarlo y además eso no da resultado”

Clásicamente, se asocian con la impulsividad tres conceptos básicos que se entrelazan en la comprensión del comportamiento impulsivo: el actuar sin pensar, la velocidad incrementada en la respuesta y la impaciencia. Al analizar esto, surgen otros indicadores estrechamente relacionados: un bajo control de sus impulsos y poca tolerancia a la frustración.

La reunión de estos cinco aspectos, hace que un niño impulsivo, aún sin proponérselo, llame la atención desfavorablemente. Puede convertirse en el centro de las observaciones negativas del docente; sus compañeros se quejan y lo evitan de distintas formas ya que no disfrutan sentarse con él o realizar actividades escolares conjuntas dentro o fuera de la escuela y, eventualmente, los padres de sus compañeros no se muestran deseosos de que sus hijos se vinculen con un niño que presenta tales características.

Finalmente para los padres de estos niños es tarea complicada controlar este comportamiento y en consecuencia recurren a actitudes inadecuadas como gritos, golpes y regaños y la excesiva permisividad.

DISCUSION

El niño con DDA/H, al igual que todos los niños, está inmerso en un ambiente social, del cual aprende su repertorio conductual, según Gale y Chapman (1990, p. 51), “ gran parte del repertorio de conducta de una persona es adquirido, mantenido y regulado por sus efectos sobre el ambiente natural, y la retroalimentación que recibe con respecto a sus consecuencias “, es decir, que si bien es cierto, el DDA/H es un trastorno neurobiológico, también se puede generar una conducta aún más desadaptativa si las relaciones en su mundo social son inadecuadas, entonces es conveniente modificar el ambiente que rodea al niño, que alejarlo de él, esto lo corroboran Gale y Chapman (1990, p. 64), al afirmar que “ la conducta se considera como una función del ambiente total de aprendizaje, su modificación no sólo implica cambiar la conducta indeseable en el “niño problema”, sino también altera la conducta de las personas –padres, maestros y otras- que forman parte importante en el mundo social”, de hecho, tales personas que rodean al niño pueden generar los moderados niveles de ansiedad, encontrados previamente en la investigación, por los continuos rechazos, desaprobaciones y castigos a los que son sometidos, precisamente por el desconocimiento del adecuado manejo de esta problemática.

A partir del análisis descriptivo de los resultados se puede dar respuesta al objetivo central de ésta investigación que buscó determinar

las pautas de manejo conductual utilizadas por los padres en el manejo del niño con DDA/H y ansiedad.

Como primer punto importante se encontró que los padres en general desconocen el trastorno y en consecuencia utilizan pautas de manejo conductual inadecuadas. Teniendo en cuenta los estilos de crianza utilizados por los padres, descritos por Baumrind (1971), se puede observar que el estilo que predomina es el autoritario, puesto que buscan que los niños obedezcan sus normas valiéndose de gritos, golpes, regaños, entre otros. Otra parte de los padres utilizan el estilo permisivo, estableciendo pocas reglas en el hogar y dejando que el niño haga lo que quiera y finalmente un pequeño grupo utiliza el estilo democrático, sin embargo, no lo ejercen constantemente, puesto que de un momento a otro pueden cambiar del estilo autoritario al permisivo y viceversa.

Esto permite concluir que las pautas de manejo conductual utilizadas por los padres son inadecuadas, puesto que no contribuyen en el proceso de formación del niño, ni en su tratamiento, como lo corrobora Gale y Chapman, (1990), “los niños con trastornos persistentes casi siempre provienen de familias donde existen la discordia y las riñas, donde hay falta de afecto, donde la disciplina es inconsistente, ineficaz, extremadamente severa o extremadamente tolerante”.

Por otra parte, se pudo observar que el niño que presenta DDA/H muestra también moderados niveles de ansiedad, normalmente estos indicadores son el resultado de las exigencias que percibe sobre él, provenientes de diversos ámbitos y áreas: casa, calle, colegio, estudios, conducta social, relaciones con

padres, hermanos, profesores o compañeros; según Gratch, (2001), “estos niños son habitualmente más inmaduros que otros de su misma edad, se sienten muy inseguros y dependientes de sus padres”, además las constantes reprimendas y los continuos rechazos que reciben incrementan aún más su ansiedad.

Lo anterior conduce a las investigadoras a plantearse el siguiente interrogante ¿Será que los estilos de crianza que generalmente utilizan los padres (autoritario y permisivo), puede estar generando los moderados niveles de ansiedad encontrados en ellos?

No tratar la ansiedad a tiempo genera grandes dificultades en la vida adulta, puesto que los aspectos familiar, emocional, laboral y especialmente social se ven claramente afectados en estos individuos y más aún cuando se padece de un trastorno por déficit de atención, por lo tanto es fundamental crear estrategias dirigidas a padres para el manejo adecuado de los niños que presentan el DDA/H y de ésta manera disminuir sus niveles de ansiedad, logrando una mejor calidad de vida en su edad adulta.

Uno de los puntos más importantes que se pudo determinar por medio de ésta investigación, es que los padres estudiados en general desconocen las características, causas, consecuencias del DDA/H, lo que conduce al inapropiado manejo de los niños con éste trastorno y en consecuencia al desencadenamiento de problemas emocionales, como por ejemplo la ansiedad, demostrada en éste estudio a través de la escala CMAS-R.

Otro punto que vale la pena recalcar, es que los procedimientos utilizados por los padres para el manejo del niño, no solo son

inadecuados, sino que no además no están dirigidos a abarcar la triada sintomática del trastorno (hiperactividad, impulsividad e inatención) como un procedimiento secuencial que realmente ayude al niño.

Al hablar de niños con DDA/H, no se puede dejar de lado las consecuencias de su comportamiento dentro de la familia, según Gratch, (2000, p. 71), “la mala conducta del niño hiperquinético suele ser motivo de frecuentes peleas en la pareja parental, a punto tal que algunos afirman que el porcentaje de divorcios en estas familias es mayor que en las demás”, esto sucede por la frustración y una sensación de fracaso e impotencia que sienten los padres en el ejercicio de su función, lo cual los lleva a culpabilizarse de la conducta de su hijo. También se debe tener en cuenta la relación con otros miembros de la familia, como los hermanos quienes generalmente se enfrentan a un clima familiar de tensiones y continuas peleas y los abuelos, quienes descontrolan aún más la conducta de los niños con DDA/H, como resultado de la sobreprotección.

El déficit atencional con hiperactividad afecta la adaptación familiar, académica, social y emocional del niño, por lo que se recomienda un tratamiento multidisciplinario que debe incluir, tratamientos farmacológico, psicopedagógico, psicoterapia individual, terapia familiar y orientación a padres con el fin de mejorar el desarrollo integral de estos niños, como menciona Gratch (2000, p. 48), “Es fundamental, por lo tanto, que todos estos enfoques sean considerados complementarios y no excluyentes. Vale decir que no se trata de una cosa o de la otra, sino de todas.”

Considerando que el DDA/H es un trastorno neurobiológico, es necesario el uso de medicamentos para su control, y a pesar de que los padres sienten temor a los efectos secundarios o simplemente desconocen la importancia de su uso en el tratamiento del niño, deben utilizarlos, puesto que como menciona Avila y Polaino-Lorente, (2002, p. 77), acerca de los fármacos “no solo no perjudican la salud del niño, sino que la beneficia en tanto que le ayuda a lograr un mayor ajuste psicosocial.”

Ahora bien, uno de los criterios del DSM-IV, habla de que las manifestaciones del trastorno, se deben presentar en dos ambientes diferentes, por ejemplo la casa y la escuela, razón por la cual se recomienda no dejar de lado el manejo que se le da a este tipo de niños en el ámbito escolar, de ahí la importancia de trabajar con profesores para ampliar los conocimientos acerca del DDA/H, informándolos acerca de las características, causas, consecuencias y especialmente manejo conductual de éste tipo de niños, puesto que según Avila, y Polaino-Lorente, (2002, p. 101), “los maestros son, sin duda alguna, los profesionales que más pueden hacer en el aula por el aprendizaje del niño hiperactivo”, y no solo por el aspecto académico, sino también por su aporte al tratamiento que deben recibir los niños.

Otra recomendación va enfocada a trabajar con los padres de estos niños con el fin de que ellos tengan un mejor apoyo psicológico. Se los puede capacitar no sólo para que conozcan acerca del DDA/H sino también para que ayuden a educar a sus hijos en inteligencia emocional y de esta manera evitar los trastornos emocionales asociados.

A nivel de la psicología clínica se recomienda trabajar la terapia de juego e implantar talleres dirigidos a los niños con DDA/H. Tratando temas de intervención como: habilidades sociales, manejo de sentimientos y actitudes, relajación, resolución de conflictos y manejo de la ansiedad.

ESTRATEGIAS DE MODIFICACIÓN CONDUCTUAL DIRIGIDAS A PADRES PARA EL ADECUADO MANEJO DE LOS NIÑOS CON DDA/H

El DDA/H ha sido un tema inquietante para padres de familia durante mucho tiempo y más aún en la actualidad por los elevados índices de presentación del trastorno y por la carencia de información acerca del adecuado manejo de éste.

Gale y Chapman, (1990), afirman que “si se acepta que las conductas problemáticas de la infancia se aprenden principalmente como una función de procesos de aprendizaje defectuosos, entonces conviene argumentar que los problemas pueden modificarse en donde ocurren, cambiando las “lecciones sociales” que el niño recibe y reforzando las contingencias suministradas por los agentes de cambio”. Por esto para corregir dichos aprendizajes defectuosos, se dirige la propuesta a padres como agentes de cambio, para que apliquen las estrategias, logrando no sólo un adecuado manejo a la problemática del niño sino que además se favorecerán las relaciones interpersonales de este, procurando conductas prosociales, ya que teniendo en cuenta la Guía de bolsillo de la Clasificación CIE-10, (2000) en el apartado de los trastornos hiperkinéticos se afirma que “son impopulares entre los niños y pueden llegar a convertirse en niños aislados” esto sucede por el

desconocimiento de las características del trastorno y por tanto no pueden manejarlo apropiadamente.

Es indiscutible el hecho de que existan dificultades prácticas a la hora de implicar a padres, como mediadores de cambio, pero precisamente las técnicas de modificación conductual buscan darles ideas útiles que faciliten el manejo de estos niños y mejoren la calidad de vida de los mismos.

Esta propuesta sintetiza algunas estrategias para el adecuado manejo de los niños con DDA/H y así mismo busca reducir los niveles de ansiedad que ellos presentan al estar sometidos a rechazos constantes, regaños o castigos dentro del ambiente familiar y escolar.

Dichas estrategias deben ser utilizadas en la casa para lograr resultados eficaces e igualmente modificar las conductas que conforman la tríada sintomática del trastorno: inatención, impulsividad e hiperactividad. Además de esta forma se mejorarán las relaciones padre - hijo, favoreciendo un ambiente adecuado que le proporcione al niño las herramientas necesarias para enfrentar el rechazo social al que comúnmente es sometido, ayudando de esta forma a disminuir los altos niveles de ansiedad que presenta.

A lo largo de ésta propuesta se hará énfasis en el manejo educativo e instrucción del niño en casa. Según Gale y Chapman, (1990), “una técnica que ha comprobado ser de gran valor con niños hiperactivos o impulsivos es el *entrenamiento en autoinstrucción*” por lo que las estrategias buscan a partir de juegos y ejercicios que el niño desarrolle habilidades para guiar su propio desempeño y en consecuencia dirigir la atención del niño, controlar la conducta

hiperactiva e impulsiva funcionalmente. Principalmente se pretende ofrecer lo preciso para una educación y guía adecuadas para niños con éste trastorno.

Para la elaboración de esta propuesta se utilizaron bases teóricas de estudios de diversos autores para el manejo del DDA/H: Valet, (1988), Wielkiewics, (1999), Mc Cullough, y Woods, (1994), Grupo de apoyo para niños y adultos con déficit de atención. (1996), Gratch, (2001), Avila, Polaino-Lorente, (2002), las cuales han sido complementadas con ejercicios prácticos que surgen a partir de algunas experiencias de las investigadoras fruto del conocimiento de la psicología y de las practicas de la misma.

Se espera que los padres de familia encuentren estas estrategias como herramientas prácticas para ayudar de forma más efectiva al niño con DDA/H y ansiedad.

Objetivos

Objetivo General

Proporcionar a padres estrategias conductuales para el adecuado manejo de los niños con DDA/H, con el fin de modificar aquellas pautas inadecuadas utilizadas por estos.

Objetivos Específicos

- Educar a padres acerca del adecuado manejo del niño con DDA/H.
- Proporcionar herramientas a padres que ayuden a mejorar los niveles atencionales en los niños con DDA/H.
- Brindar estrategias de modificación conductual para que la inquietud motora de los niños con DDA/H sea funcionalmente utilizada.
- Facilitar a los padres de familia estrategias para controlar la impulsividad de los niños con DDA/H.

Propuesta dirigida a Padres de familia

Generalmente los padres que tienen un hijo que presenta DDA/H y además ansiedad intuyen que el niño tiene un problema por lo que observan de su comportamiento, sin embargo no conocen con claridad en qué consiste y cómo manejarlo adecuadamente.

Precisamente a continuación se plantean una serie de sugerencias que los padres pueden utilizar o adaptar para ayudar a su hijo en cuanto a sus problemas de inatención, impulsividad e hiperactividad y de ésta manera ofrecer una enseñanza complementaria en el hogar.

Inatención

Para ayudarle al niño a centrar su atención, es importante conocer cuáles son sus intereses, una forma de hacerlo es observar las actividades que el niño realiza durante el día, puesto que éste tiende a emplear más tiempo y energía en aquellas con las que más disfruta. El conocer cuáles son sus intereses puede ayudarle a aprender de forma más efectiva.

Las órdenes o instrucciones deben darse de una sola vez, en forma clara, directa y firme (ejemplo: "lávate las manos"), evitando darle al niño muchas órdenes al tiempo, puesto que será más difícil para él captarlas y llevarlas a cabo.

Es conveniente no alterar los horarios preestablecidos para levantarse, comer, realizar la tarea escolar, jugar, ver televisión, irse a dormir, etc. Debe cumplir con todas las actividades establecidas sin posibilidad de transgresiones. El cambio de normas, en forma frecuente o caprichosa, intensifica las características del trastorno. Es decir que las reglas que

establecen los padres no deben cambiarse de la prohibición al permiso según el estado de ánimo.

Procurar darle un lugar limpio para trabajar o estudiar sin interferencias, intentando fomentar la capacidad del niño para concentrarse en lo que está haciendo, reduciendo en todo lo que sea posible, los estímulos altamente perturbadores en su entorno.

Para que el niño logre una mejor organización en sus hábitos de estudio, es importante que los padres le ayuden a revisar que su maletín esté limpio y en buen estado, con los materiales y textos correspondientes, que tenga una cartuchera con cierre donde guarde implementos escolares como lápices, borrador, colores, regla, sacapuntas, entre otros, para evitar que se le pierdan fácilmente.

Los padres deben supervisar a diario los cuadernos del niño, esto les permitirá estar pendientes de las tareas escolares, es recomendable escoger una hora para realizarlas, en la que deben revisar periódicamente o cuando el niño tenga dificultades, teniendo en cuenta no realizarles la tarea, ni revisar cada minuto.

Los padres pueden ayudarle al niño a realizar un calendario de actividades en el que éste programe su tiempo de acuerdo a sus prioridades, el niño puede ir marcando las actividades que va realizando, esto le permitirá focalizar su atención.

Mientras el niño esté en su hora de estudio, se sugiere apagar la televisión y en lo posible grabar los programas que el niño disfrute y

utilizarlos como recompensa cuando él termine sus tareas satisfactoriamente.

Un buen método para entrenar la atención del niño es contarle un cuento, explicándole detenidamente cada detalle y luego pedirle que lo repita con sus propias palabras; también los padres pueden presentar al niño imágenes por un determinado período de tiempo para que él las observe y luego las dibuje tratando de no omitir detalles.

Ofrecer al niño un plan de aprendizaje estructurado y estable e implicarlo en su construcción, puesto que él necesita saber que es lo que debe hacer, cómo debe hacerlo y cuándo hacerlo, para esto el padre puede utilizar recursos como: dibujos que representen las actividades que debe desarrollar el niño, resaltar con diferentes colores las temáticas que se revisaran durante el año.

Tener en cuenta las limitaciones y fortalezas del niño, con el fin de que no se subestimen sus capacidades y que no se le exijan metas que estén por encima de su nivel, sin embargo tales metas deben irse desarrollando paulatinamente para alcanzar los objetivos esperados.

Ofrecer al niño un espacio en el que pueda realizar sus actividades sin estímulos distractores, esto facilitará la concentración, atención y aprendizaje.

Complementar su aprendizaje con material didáctico, como lecturas, juegos, videos, entre otros, esto despertará el interés del niño por aprender.

Es importante variar las actividades del niño cada 25 o 30 minutos, puesto que los niveles de concentración del niño disminuyen y cuando éste

realiza una misma actividad por mucho tiempo la percibe como repetitiva o aburridora y en consecuencia bajará su rendimiento académico.

Dar al niño responsabilidades especiales que le hagan sentir que es importante, las cuales pueden ser: tender su cama, dejar la ropa sucia en un lugar específico, sacar la basura los fines de semana, recoger su plato después de comer, entre otras.

Estar preguntando continuamente al niño acerca de las actividades que está realizando, para mantenerlo atento y concentrado.

Hiperactividad

Antes de observar los comportamientos inadecuados del niño, preste mayor atención a las conductas apropiadas y refuércelas, puede ser con un elogio, un regalo o un paseo; esto permitirá que se incrementen los comportamientos adecuados. Las recompensas solo deberían ser actitudes por parte de los adultos, y sólo ocasionalmente premios materiales. Si utilizamos siempre como premios dinero, fichas, regalos, posiblemente obtengamos el éxito momentáneo de estimular una conducta aceptable, pero como esquema de educación esto no es bueno, convertimos al dinero y lo que se adquiere con él en metas demasiado importantes y lo constituimos en el medio para lograr mayor aceptación.

Presenciar juegos o jugar con el niño estableciendo reglas claras, alabar los comportamientos específicamente deseados y amonestar los inadecuados, para lo cual se puede utilizar el tiempo fuera, en el que el niño es momentáneamente suspendido del juego.

Generalmente la excesiva actividad motora de este tipo de niños es un desafío constante a la serenidad y equilibrio de los padres, y se sabe que así como hay conductas que deben ser alentadas hay otras que deben ser desalentadas; sin embargo, el castigo físico debe ser absolutamente contraindicado.

Para poder tener control frente a determinadas situaciones, los padres deben rever aquellos estilos personales que pueden contribuir a aumentar las dificultades del niño. La recuperación del control es difícil en padres inseguros, competitivos, inconstantes o incapacitados por opiniones divergentes.

Los padres pueden hacer una lista de las conductas que no están dispuestos a permitir y reducirla tanto como les sea posible, y estableciendo que en la aplicación tanto ellos como el niño serán firmes.

Se puede varias veces por semana acompañar al niño en un ejercicio de tranquila meditación durante tres o cuatro minutos. De esta forma pueden los padres ser buenos modelos de cómo permanecer quieto y concentrado. La familia entera puede participar.

Dar al niño juguetes, juegos y materiales educativos de fácil manipulación y que desarrollen su creatividad e imaginación, que le permitan la exploración, la concentración; pueden ser aspectos fundamentales para estimular sus intereses y aptitudes especiales y así mismo mantener controlada su inquietud motora.

Permitirle al niño que realice otras actividades que el disfrute como jugar, ver televisión, hacer deporte, salir al parque, entre otros; ayuda al niño a liberar tensión, relajarse y canalizar su hiperactividad.

Un ejercicio práctico para controlar la hiperactividad es pedirle al niño que escuche música acostado sobre una colchoneta, con los ojos cerrados y sin mover ninguna parte de su cuerpo el mayor tiempo posible; los padres pueden ayudarlo tomando el tiempo mientras él realiza el ejercicio y animarle para que cada vez permanezca más tiempo en esta actividad.

Para que el niño aprenda a mantener el control sobre su propio cuerpo es importante que en casa realice ejercicios como: ponerse de pie, con los brazos extendidos a los lados, con la cabeza levantada y mirando cualquier cosa que haya enfrente de él, posteriormente debe levantar del suelo su pie derecho y mantener el equilibrio tanto tiempo como pueda y en cuanto pierda el equilibrio registrar el tiempo que ha mantenido esa posición, luego realizar la misma actividad con el pie izquierdo. Esto le ayudará a incrementar gradualmente la habilidad para mantener el equilibrio.

Es importante establecer y discutir con el niño las normas que debe seguir, las cuales deben ser claras, precisas y expresadas de manera muy simple y breve, con ejemplos concretos de las conductas esperadas, proporcionándole refuerzos de tal manera que el niño las repita en varias ocasiones.

Teniendo en cuenta que al niño hiperactivo se le dificulta mantenerse quieto por largos períodos de tiempo es recomendable que en casa los

padres realicen actividades que requieran movimiento tales como, dramatizaciones, dinámicas o juegos.

Para que el niño logre mantenerse quieto cada vez por mayores períodos de tiempo, los padres pueden hacer que el niño realice gestos con la cara para relajar y ejercitar los músculos faciales.

El niño hiperactivo puede ser nombrado como un modelo adecuado frente a sus hermanos, puesto que esto puede llevar al niño hiperactivo a incrementar la inhibición muscular por la responsabilidad que posee.

Entre los ejercicios que ayudan al niño a disminuir su inquietud motora están las carreras de tortugas y otros juegos de movimientos lentos.

Enseñarle al niño a respirar profunda y lentamente y a que practique otros ejercicios como la relajación corporal, escuchar música, masajes, para que aprenda a controlar su cuerpo y a liberar todo tipo de tensiones.

Impulsividad

En el caso de berrinches y de actos agresivos, dejar al niño solo en su cuarto, sin regañarlo, gritarlo o consentirlo, hasta que se disculpe o prometa que no lo volverá a hacer. Una vez pasado el momento, que a veces es prolongado, debe ser recibido con aceptación haciéndole ver que él mismo se tranquilizó, sin referencias a la conducta que motivó el castigo.

La primera respuesta de los padres frente a la ruptura de una regla debe ser "detenerse y pensar", antes de actuar. Si el error es de carácter menor, y se puede pasar por alto o si se refiere a una regla claramente establecida y debe ser respetada sin concesiones. Por ejemplo, si por su impulsividad el niño al colaborar en casa, daña un objeto, su actitud puede ser ignorada.

Si su acción es debida a su inquietud y no produjo consecuencias importantes, se le puede indicar un cambio de actividad. Pero si su conducta afecta a otros o es destructiva (aunque sea en forma mínima), el castigo correctivo no debe dejar de aplicarse. Es indispensable para un cambio favorable.

Los padres deben crear su propio programa instructivo en casa. Intentar ofrecer cinco minutos por la mañana para ejercicios seleccionados y otros cinco o diez por la tarde. Los ejercicios pueden estar encaminados a corregir los problemas de impulsividad del niño.

Una forma práctica para controlar la impulsividad del niño es pedirle que realice ejercicios de motricidad fina como: recoger palillos, agarrar con una pinza objetos pequeños, realizar figuras en plastilina como serpientes o voltear monedas rápidamente.

Una estrategia para que los padres logren que el niño siga instrucciones de una forma divertida y además en corto tiempo es practicar el juego de "Estatuas", en el que los niños se detienen al escuchar ésta palabra, de esta manera el niño aprenderá a seguir las instrucciones en cualquier situación.

Para entrenar al niño en el control de su impulsividad, es recomendable pedirle que coloree los pétalos de una flor uno a uno tan lentamente como le sea posible, hacer que el niño dibuje, recorte, pegue y organice diseños y dibujos cuidadosamente.

Para el control de la impulsividad es de gran utilidad hacer que el niño realice ejercicios como, hacer figuras con amotodo, decir trabalenguas,

armar rompecabezas acordes a la edad del niño, cada vez aumentando el grado de dificultad y elogiando las aproximaciones exitosas.

Se puede pintar de diversos colores un panel de huevos y de igual manera balotas, las cuales el niño tendrá que ubicar de acuerdo a su color correspondiente al panel, esto no sólo ayudará a controlar su impulsividad sino que también le exigirá mayores niveles de concentración.

Fragmente la tarea en subtareas, de tal manera que el niño se motive para realizarla y al mismo tiempo estimule que se puedan quedar con la sensación de empezar y concluir algo.

Finalmente vale la pena recalcar que los padres son las personas más importantes a la hora de ayudar al niño con DDA/H, lo primero por lo que se deben preocupar es por conocer y comprender el trastorno, insistiendo en la importancia de actitudes adecuadas, como mantener la comunicación con el niño, prestarle atención, escucharlo, darle responsabilidades acordes a su edad, recompensar los comportamientos adecuados, proporcionarle las oportunidades para la participación social y elogiar la conducta cooperativa, darle afecto y cariño para que desarrolle una buena autoestima y valorar y disfrutar con ellos sus progresos por lentos que sean, esto creará en el niño un ambiente propicio para desarrollar habilidades sociales adecuadas y una vida emocionalmente estable.

Además es recomendable buscar la ayuda de especialistas en el tema, médico y psicólogo, como parte imprescindible del tratamiento en estos niños, puesto que las alteraciones que produce el trastorno como las dificultades en la convivencia, la inseguridad personal debido al reiterado

fracaso en la consecución de sus logros, los sentimientos de inferioridad, entre otros, son obstáculos que pueden ser más fáciles de superar con la ayuda que provee una intervención psicoterapéutica, sin dejar de lado el tratamiento farmacológico . De hecho se deben programar reuniones periódicas entre estos profesionales y padres y docentes para evaluar procesos, avances y dificultades del niño, con el fin de lograr un trabajo en conjunto que conlleve a mejores resultados.

Cuando la conducta del niño afecta las actividades escolares, es preciso que los padres hablen con el profesor para que en conjunto diseñen un plan estratégico para el control adecuado de la conducta del niño con DDA/H y de ésta manera evitar que aparezca la ansiedad, convirtiéndose en un problema aún más difícil de tratar.

REFERENCIAS

Avila, C. & Polaino-Lorente, A. (2002). Niños Hiperactivos: Comportamiento, diagnóstico, tratamiento, ayuda familiar y escolar. Mexico: Alfaomega.

Ayuso, J. & Carulla, I. (1992). Manual de Psiquiatría. España: Mc Graw Hill.

Bonilla, E. & Rodríguez, P. (1997). Más allá del dilema de los métodos. Bogotá: Uniandes y Norma.

Cabrera, M. (1999). Una propuesta de investigación con base cognoscitiva para el control de la ansiedad de los niños del proyecto menor trabajador del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF. Tesis de grado profesional, Universidad de Nariño. San Juan de Pasto.

Clarizio, H. y Mac Coy G. (1972). Trastornos de la conducta en el niño. México: Manual Moderno.

Gale, A. & Chapman, A. (1990). Psicología y problemas sociales : Introducción a la psicología aplicada. México: Limusa Noriega.

Goldman, H. (1996). Psiquiatría General (4ª. Ed.). México: Manual Moderno.

Grupo de apoyo para niños y adultos con déficit de atención. (1996). Déficit de atención: notas para padres y maestros. Colombia.

Gratch, L. (2001). El trastorno por déficit de atención (ADD -ADHD): clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez. Argentina: Panamericana.

Grupo de apoyo para niños y adultos con déficit de atención. (1997). Ideas y Estrategias Pedagógicas: para ayudar al niño con déficit de atención en sus primeros años escolares. Colombia.

Guerrero, M. y otros (2002). Fundamentos de Psiquiatría clínica: niños, adolescentes y adultos. Colombia: Centro Editorial Javeriano.

Hernández, R., Fernandez, C. & Baptista, P. (1991). Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill.

López-Ibor, J. & otros. (2000). Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10. España: Editorial Médica Panamericana.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV. (1995).

Mc Cullough, C. & Woods, R. (1994). La Ansiedad: Sus formas de manifestación, autocontrol y superación. Buenos Aires: Sudamericana.

Organización Panamericana de la salud. (1994). Las condiciones de la salud en las Américas. (Vol. 1).

Parmelee, D. (Ed.). (1998). Psiquiatría del niño y del adolescente. España: Harcourt Brace.

Pineda, D. (1999). Seminario de Neuropsicología: “La neuropsicología del Aprendizaje”. Colombia: Universidad de Antioquia y Universidad de San Buenaventura.

Reynolds, C. & Richmond, B. (1997). Escala de ansiedad manifiesta en niños (revisada). México: Manual moderno.

Singer, A. (1997). Psicología Infantil. México: Editorial Interamericana.

Toro, R. & Yepes, L. (1997). Fundamentos de Medicina: Psiquiatría. (3ª. Ed.). Colombia: Corporación para investigaciones biológicas.

Uribe, G. & Restrepo, G. (1998). Detección precoz de niños con bajo rendimiento escolar de grado 0 a 2 básica primaria. Investigación de grado profesional no publicada, Instituto Departamental de salud de Nariño. San Juan de Pasto.

Valett, R. (1980). Niños Hiperactivos: Guía para la familia y la escuela. Colombia: Editorial Cincel, S.A

Wicks-Nelson, R. & Israel, A. (1997). Psicopatología del niño y del adolescente. (3ª. Ed.). España: Prentice may

Wielkiewicz, R. (1999). Manejo conductual en las escuelas: Principios y métodos. México: Limusa

ANEXOS

Anexo A

ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA EN NIÑOS. CMAS-R

LO QUE PIENSO Y SIENTO

(CMAS-R)

Nombre:..... Fecha:

Edad:..... Sexo (encierra uno dentro de un círculo): Femenino (niña) Masculino

(niño) Grado:..... Escuela:

.....

Nombre de la maestra (opcional):

INSTRUCCIONES

Aquí hay varias oraciones que dicen como piensas y sienten algunas personas acerca de ellas mismas. Lee con cuidado cada oración. Encierra en un círculo la palabra **‘Sí’**, si piensas que así eres. Si piensas que no tienen ninguna relación contigo encierra en un círculo la palabra **‘No’**. Conteste todas las preguntas aunque en algunas sea difícil tomar una decisión. No marques **“Sí”** y **“No”** en la misma pregunta.

No hay respuestas correctas ni incorrectas. Solo tu puedes decirnos como piensas y sientes respecto a ti mismo. Recuerda, después de que leas cada oración, pregúntate “¿así soy yo?”. Si es así, encierra en un círculo **“Sí”**. Si no es así, marca **“No”**.

1. Me cuesta trabajo tomar decisiones
2. Me pongo nervioso (a) cuando las cosas no me salen como quiero
3. Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mi
4. Todas las personas que conozco me caen bien
5. Muchas veces siento que me falta el aire
6. Casi todo el tiempo estoy preocupado (a)
7. Muchas cosas me dan miedo
8. Siempre soy amable
9. Me enojo con mucha facilidad
10. Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir
11. Siento que a los demás no les gusta como hago las cosas
12. Siempre me porto bien
13. En las noches me cuesta trabajo quedarme dormido (a)
14. Me preocupa lo que la gente piense de mi
15. Me siento solo (a) aunque esté acompañado (a)
16. Siempre soy bueno (a)
17. Muchas veces siento asco o náuseas
18. Soy muy sentimental
19. Me sudan las manos
20. Siempre soy agradable con todos
21. Me canso mucho
22. Me preocupa el futuro
23. Los demás son más felices que yo

24. Siempre digo la verdad
25. Tengo pesadillas
26. Me siento muy mal cuando se enojan conmigo
27. Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal
28. Nunca me enojo
29. Algunas veces me despierto asustado (a)
30. Me siento preocupado (a) cuando me voy a dormir
31. Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares
32. Nunca digo cosas que no debo decir
33. Me muevo mucho en mi asiento
34. Soy muy nervioso (a)
35. Muchas personas están contra mi
36. Nunca digo mentiras
37. Muchas veces me preocupa que algo malo me pase

Anexo B**CENTRO DE HABILITACION DEL NIÑO (CEHANI)****ENTREVISTA CUALITATIVA PARA PADRES**

1. ¿Qué conoce usted del trastorno por déficit de atención? _____

2. ¿Qué tipo de intento se ha hecho hasta ahora para solucionar el problema que presenta el niño? _____

3. ¿Qué estrategias utiliza para que el niño realice las tareas escolares? _____

4. ¿Qué hace usted cuando su hijo no termina las tareas escolares? _____

5. ¿Qué estrategia utiliza para que su hijo permanezca sentado realizando alguna actividad? _____

6. ¿Qué hace frente a las explosiones impredecibles de mal genio propias del niño con DDA/H? _____

7. ¿Qué tipo de ejercicios practica usted con su hijo para ayudarlo a mantener la atención? _____

8. ¿Cómo logra que su hijo cumpla las normas que ha establecido usted en casa? _____

9. ¿Cuál es su reacción cuando su hijo rechaza las órdenes establecidas por usted en el hogar? _____

10. ¿Qué hace usted cuando el niño no cumple con las responsabilidades que tiene en casa, qué hace cuando si las cumple? _____

11. ¿Qué ha hecho frente a los comportamientos agresivos del niño? _____

12. ¿Qué actitud asume cuando su hijo se apresura a responder antes que acaben de preguntarle algo? _____

13. ¿Cuál es su actitud frente a las rabietas, berrinches y mal humor comunes en éste tipo de niños? _____

14. ¿Cuál es su actitud cuando el niño interrumpe a los demás y se entromete en sus asuntos? _____

15. ¿Cómo ha afectado el comportamiento del niño en su familia? _____

16. ¿Qué opina del uso de medicamentos para el control del trastorno? _____

Anexo C

CENTRO DE HABILITACION DEL NIÑO (CEHANI)

ENTREVISTA PARA PROFESIONAL CONOCEDOR DEL TEMA

1. ¿Aproximadamente cuántos pacientes infantiles ha tenido en su consulta y de ellos cuántos presentan el DDA/H? _____

2. ¿Cuáles son las características del niño con DDA/H en consulta? _____

3. ¿Qué opina de la actitud de los padres frente al comportamiento de sus hijos? _____

4. ¿Usted considera que los padres están preparados para manejar adecuadamente a sus hijos con DDA/H? _____

5. ¿Qué piensa usted que sienten los niños frente a las actitudes de las personas que los rodean? _____

6. ¿Qué opina del uso de los psicofármacos para controlar el trastorno? ¿Qué ha podido observar de la actitud de los padres al respecto? _____

7. ¿Usted cree que el comportamiento de los niños afecta la relación de pareja? _____

8. ¿Cree usted que el comportamiento de los niños con DDA/H afecta la relación con los hermanos?_____

9. ¿Cómo se puede ayudar dentro del ambiente familiar a éste tipo de niños?_

10. ¿Cómo cree usted que el trastorno afecta las relaciones sociales de éste tipo de niños?_____

11. ¿En su consulta, a visto otro tipo de trastornos asociados al DDA/H?_____

Anexo D

PRIMERA CATEGORIA
CONOCIMIENTO DEL DDA/H

PROPOSICIONES AGRUPADAS POR TEMAS	CATEGORIAS INDUCTIVAS
<p>El niño tiene problemas de comportamiento. Son niños insoportables. Necesitan manejo especial.</p> <p>Los niños tienen que usar drogas. El niño tiene una enfermedad biológica.</p> <p>Es un problema hereditario. Es una alergia a ciertos alimentos.</p> <p>Se debe buscar ayuda psicológica. Hay que darle medicamentos. Tiene que ir a educación especial. Hay que llevarlo a terapia ocupacional. Todo lo que le hacen en el CEHANI. No se como tratar al niño.</p> <p>Al principio sentí temor, ahora pienso que si ayuda. Es la única forma de mantenerlo quieto. Creo que la droga es muy fuerte y prefiero no usarla. Son un arma de doble filo por sus efectos secundarios.</p>	<p>Problemas en el comportamiento.</p> <p>Enfermedad médica.</p> <p>Causas del trastorno.</p> <p>Tratamiento.</p> <p>Uso de medicamentos.</p>

Anexo E**SEGUNDA CATEGORIA****MANEJO DEL COMPORTAMIENTO INATENTO**

PROPOSICIONES AGRUPADAS POR TEMAS	CATEGORIAS INDUCTIVAS
<p>En realidad no se como hacer para que el niño atienda. Lo grito cuando no hace las tareas.</p> <p>Le he comprado juegos didácticos pero los acaba o los pierde. No lo dejo levantarse a jugar hasta que termine las tareas. Tengo que repetirle varias veces.</p> <p>No le hago ejercicios porque se vuelve más irritable de lo que es.</p>	<p>Desconocimiento del manejo.</p> <p>Estrategias para mantener la atención.</p> <p>Comportamiento de evitación.</p>

Anexo F**TERCERA CATEGORIA****MANEJO DEL COMPORTAMIENTO HIPERACTIVO**

PROPOSICIONES AGRUPADAS POR TEMAS	CATEGORIAS INDUCTIVAS
<p>Si se porta muy mal le doy una palmada. Lo castigo pero el papá lo consiente. Lo amenazo con la llegada del papá. Lo amenazo con quitarle lo que más le gusta. Me comporto agresivamente para que entienda. Lo grito y lo regaño para que me obedezca. Me desespero y por eso lo grito. Lo que hago es sacudirlo. Lo encierro. Me pongo a llorar.</p>	<p>Procedimientos inadecuados con base en el maltrato físico y psicológico.</p>
<p>Con afecto y paciencia le ayudo a hacer las tareas. Le quito lo que más le gusta. Le digo que le voy a dar un premio si se porta bien. Lo llevo de paseo los fines de semana. Le explico como debe portarse. Lo filmo para que se controle. Lo ignoro hasta que se le pase. Me tranquilizo y espero que se calme.</p>	<p>Procedimientos adecuados.</p>

Anexo G**CUARTA CATEGORIA****MANEJO DEL COMPORTAMIENTO IMPULSIVO**

PROPOSICIONES AGRUPADAS POR TEMAS	CATEGORIAS INDUCTIVAS
<p>Utilizo gestos que le demuestran que estoy muy enojada.</p> <p>Lo mando a callar.</p> <p>Lo grito y lo regaño</p> <p>He optado por dejarlo que haga lo que quiera, que hable, que se levante de la mesa o que nos interrumpa.</p> <p>No he hecho intentos específicos por controlar éste aspecto.</p> <p>A veces tengo que pegarle.</p>	<p>Actitudes inadecuadas.</p>

