

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA EDUCATIVA**

**“TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD:
IMPACTO EN LAS RELACIONES FAMILIARES”**

PAOLA DÁVILA FIALLOS

**DIRECTORA
LCDA. MERCEDES CORDERO**

QUITO, OCTUBRE DEL 2011

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a todos aquellos que de una u otra forma colaboraron en la elaboración de esta disertación. A María Auxiliadora, quien siempre ha sido mi guía y me ha permitido desarrollarme a lo largo del camino. A mi papá y a mi abuelito Julio que desde el cielo, me cuidan y han sido un gran ejemplo para mí. A mi mamá y a mi abuelita Rosita quienes con toda su dedicación me enseñaron que soy una persona valiosa, capaz de conseguir todas mis metas. A mi hermano Pedrito que es un apoyo muy grande en mi vida y que a partir de risas me ha dado impulso para poder continuar con este trabajo. A mi novio Javier, quien siempre ha estado junto a mí, me ha brindado apoyo y amor y ha creído en mi gran capacidad como persona y profesional. A mi Directora de Tesis, Mercedes Cordero, que con su gran disposición, paciencia e innumerables enseñanzas, ayudó a la realización de este trabajo. A mis amigas Majo, Carly, Estefy, Moni, Mona y Chelita quienes no solo me han ayudado en mi crecimiento profesional, sino que son una fuente de apoyo, consejos y verdadera amistad. Y a toda mi familia, profesores y amigos que siempre han estado presentes.

TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS.....	i
TABLA DE CONTENIDOS.....	ii
RESUMEN.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.....	5
1.1 ATENCIÓN, MEMORIA Y APRENDIZAJE	5
1.2 DIFICULTADES DEL APRENDIZAJE Y FRACASO ESCOLAR.....	6
1.3 TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD	7
1.4 REVISIÓN HISTÓRICA DE LOS ESTUDIOS DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD	9
1.5 ETIOLOGÍA	12
1.5.1 Factores neurológicos.....	12
1.5.2 Plomo y TDAH.....	14
1.5.3 Herencia y TDAH	14
1.6 CLASIFICACIÓN.....	16
1.7 DIAGNÓSTICO.....	16
1.7.1 Evaluación pediátrica	17
1.7.2 Evaluación neurológica clínica.....	18
1.7.3 Evaluación psicológica.....	18
1.8 TRATAMIENTO.....	20

1.8.1	Tratamiento cognitivo-conductual	21
1.8.2	Psicoterapia	26
1.8.3	Tratamiento farmacológico	28
1.8.4	Medicación: ¿En qué casos es recomendable?	30
1.8.5	Tratamientos alternativos.....	32
 CAPÍTULO II: LA FAMILIA Y EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.....		33
2.1	TEORÍA GENERAL DE SISTEMAS.....	33
2.2	CIBERNÉTICA	34
2.3	TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN	35
2.4	LA FAMILIA.....	36
2.4.1	Subsistema Conyugal.....	37
2.4.2	Subsistema Parental	37
2.4.3	Subsistema Fraterno.....	38
2.5	LA FAMILIA ANTES DEL DIAGNÓSTICO	39
2.6	LUEGO DEL DIAGNOSTICO. ¿QUÉ SUCEDE?	44
2.7	REACCIONES DE LOS PADRES FRENTE AL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.....	46
2.7.1	Negación.....	46
2.7.2	Alivio	47
2.7.3	Ira.....	48

2.7.4	Pena	48
2.7.5	Aceptación	49
2.8	SUBSISTEMAS FAMILIARES. ¿CÓMO AFECTA EL TRASTORNO A LOS MISMOS?	50
2.8.1	Subsistema parental	51
2.8.2	Subsistema fraterno.....	53
2.8.3	Familia extensa.....	55
2.9	EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD. ¿LO PODREMOS MANEJAR COMO FAMILIA?	57
CAPÍTULO III: EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD DESDE UNA MIRADA EVOLUTIVA		59
3.1	EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD DESDE EL NACIMIENTO HASTA LA ADULTEZ. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL DESARROLLO.....	59
3.2	RELACIONES FAMILIARES	64
3.3	RELACIONES CON SUS IGUALES	66
3.4	DESARROLLO ESCOLAR Y ACADÉMICO	70
3.4.1	Dificultades del aprendizaje.....	73
3.5	AUTOESTIMA	75
CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		79
CONCLUSIONES		79
RECOMENDACIONES.....		82

BIBLIOGRAFÍA.....85

ANEXOS.....90

Anexo 1: Ejemplo de los cuestionarios enviados a padres. Cuestionario de situaciones en casa.....91

Anexo 2: Cuadro para la autoevaluación general de la situación actual del niño.....92

Anexo 3: Las 11 actitudes que un docente debe evitar frente a los problemas de conducta en el aula.....93

Anexo 4: Cuestionario para reconocer algunos aspectos de la incidencia del ADHD en la pareja (Segmentos)95

RESUMEN

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es

“un trastorno en el que aparentemente existe una base neurológica o neuroquímica, aunque el grado de afectación en cada sujeto dependerá de su grado de armonía psíquica, capacidades cognitivas y también del contexto familiar en el que crece y se desenvuelve y que permitirá, o no, un mayor despliegue de los inconvenientes derivados de este trastorno.” (Gratch, 2009, págs. 24,25)

Actualmente es uno de los más comunes en la etapa escolar, afecta al 5% de la población infantil y a su desarrollo dentro y fuera del hogar. Sus síntomas interfieren evidentemente en el desarrollo de habilidades relacionadas con lo académico, pero también en las relaciones sociales, principalmente en las familiares. Los seres humanos forman parte de un sistema familiar y las acciones de un integrante del sistema afectarán a los demás. La comunicación dentro de éste muchas veces no es la apropiada, por lo que puede generar una infinidad de dificultades en los miembros, llegando a romper con la homeostasis familiar. El TDAH podría convertirse en un factor que afecte a dichas relaciones porque es una condición que desestabiliza al sistema, pues los padres en un inicio no saben qué es lo que sucede con su niño, pierden el control del mismo e incluso puede llegar a presentarse maltrato físico en el peor de los casos. La atención se vuelca totalmente al pequeño y las relaciones entre padres e hijos empiezan a desgastarse, sin encontrar de nuevo el equilibrio; en muchas familias, se echa la culpa de los problemas a esta situación, llegando a la disolución de las mismas. El presente documento consiste en un estudio acerca de las consecuencias del TDAH dentro del sistema familiar, cuáles son las reacciones de los padres y otros miembros y se pueda convertir en una guía para los profesionales, puesto que con su ayuda y con el entero apoyo del sistema familiar, las personas diagnosticadas con este trastorno podrán acceder a mejores oportunidades.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, es muy común escuchar a padres de familia, maestros y en general, a toda la sociedad hablar sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. “Las estadísticas señalan que por cada aula se encuentra entre uno y tres niños hiperactivos.” (Orjales, 1998, pág. 22)

Según el DSM-IV-TR los niños diagnosticados con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) tienen como “característica principal un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, más frecuente que otros niños en la misma etapa del desarrollo.” (López-Ibor, 2002, pág. 97) Algunos de estos síntomas pueden haber aparecido antes de los siete años de edad, pero muchos niños no han sido diagnosticados sino después de varios años de presentar dicha sintomatología.

Hay una gran cantidad de investigaciones sobre dicho trastorno, las mismas han enfatizado el descubrimiento de la etiología, el tratamiento y la prevalencia; de esta última se puede decir que se ha descubierto que “el 5% de la población infantil padece este trastorno y que es más frecuente en hombres que en mujeres, llegando a una proporción de 9 a 1, según el DSM-IV-TR.” (López-Ibor, 2002, pág. 102)

Padres y maestros, antes del diagnóstico, perciben conductas, que desde la ciencia, son síntomas; pero desde ellos son comportamientos desobedientes y provocadores, lo que genera molestia e ira, llegando en el caso de los padres hasta la ansiedad y angustia. Un gran sentimiento de culpa suele invadir a los mismos, ya que se cuestionan en cuanto a su rol y autoridad, en cuanto a sus métodos para educarlos y para imponer límites, sintiendo que la conducta inadecuada del niño es un producto de su debilidad de carácter. “Este desconocimiento de la problemática, produce enojo en los progenitores, llevándolos a actuar, en ciertas ocasiones, de manera agresiva con los niños, dándoles castigos injustos y no acordes a la situación.” (Rosas, 2008)

“El diagnóstico contribuye a dar significado a la conducta permitiendo la organización de la información relacionada con la conducta del niño, de manera que resulte comprensible para el sistema familiar. A partir del diagnóstico muchas conductas hasta el momento incomprensibles comenzarán a tener sentido.” (Barnathan, 2004)

Desde esta etapa, las relaciones familiares suelen alterarse. El deseo de los padres es tener hijos excelentes, que llenen sus expectativas y que cumplan sus sueños. Cuando uno de los niños es diagnosticado con un trastorno que represente una “deficiencia”, muchos padres asumen el papel de víctimas, ya que sus hijos no les permiten cristalizar sus deseos; lo cual representa una herida en su narcisismo.

En ciertas familias se producen rupturas de la estructura, mientras que en otras, la misma suele fortalecerse para apoyar al niño que padece este u otros trastornos. Esto depende de varios factores, nombrados a continuación, como la información que se obtiene del trastorno, los profesionales que intervienen en el tratamiento y ciertas variables que, según el enfoque sistémico, influyen en el entorno familiar: (Barnathan, 2004)

- El momento de eclosión de la enfermedad, considerando las etapas del ciclo evolutivo familiar.
- La permeabilidad de las fronteras familiares
- El estilo de respuesta de la familia frente a la enfermedad
- Capacidad del grupo familiar para la resolución de conflictos.

“Los estudios sugieren que un 67% de los niños diagnosticados con TDAH continúa con la sintomatología durante su adultez; y esto puede producir fuertes interferencias para su funcionamiento en múltiples áreas, tales como las relaciones personales, el ámbito laboral, la vocación o el curso de sus estudios.” (Joselevich, 2004, pág. 29)

Lo cual sucederá con mayor frecuencia en los casos en los que no se ha tenido una correcta intervención; es por esta razón, que el entorno familiar, sus características, sus fortalezas y debilidades, son cruciales para que el diagnóstico y el manejo del niño sea el más adecuado posible.

El apoyo de la familia desde que el niño ha sido diagnosticado, es importante para asegurar un mejor pronóstico en la adolescencia y adultez. Por apoyo familiar, se entiende no solo lo ya señalado, sino la búsqueda y concreción de la intervención de varios profesionales que sostengan al niño y a la familia, para que el mismo, alcance una mejor calidad de vida.

A nivel personal, me interesa lo concerniente a este trastorno, en especial, cómo afecta a las relaciones familiares. En mi experiencia de trabajo con menores de 7 años, es común ver que ciertas dificultades pueden llegar a ser manejadas y superadas gradualmente, mientras el entorno en el que las y los niños se desarrollen sea estable; al contrario, si las niñas no tienen el apoyo de sus padres, maestras y demás profesionales, es muy difícil que logren sortear dichas dificultades.

Con este trabajo se espera contribuir para resaltar la importancia de la intervención familiar adecuada. Es posible también que interese a quienes diseñen programas para capacitar a padres de niños con TDAH.

Partiendo desde la pregunta ¿Cómo afecta a la familia el diagnóstico de TDAH de un hijo?, la disertación comprende un estudio teórico acerca de las modificaciones que pueden llegar a sufrir las relaciones familiares y la vida del niño cuando el mismo ha sido diagnosticado con TDAH.

El objetivo general de la disertación será analizar las consecuencias del TDAH en las relaciones familiares. Como objetivos específicos se han planteado los siguientes:

- Sistematizar la información teórica de los cambios que se producen en las relaciones familiares cuando hay un miembro con TDAH.
- Describir, de qué manera reaccionan los miembros de la familia al recibir el diagnóstico de TDAH en un miembro.
- Identificar las áreas de desarrollo afectadas en cada una de las etapas evolutivas de una persona con TDAH.

En el primer capítulo se abordará información concerniente al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Para empezar a hablar sobre este tema, es importante conocer ciertos términos que se utilizarán más adelante. Por ejemplo, la atención, el aprendizaje, el rol de la atención en este último, las dificultades del aprendizaje y qué consecuencias pueden producir las mismas. En el segundo capítulo se revisarán temas relacionados a la familia y al impacto que produce el trastorno en las relaciones familiares. Básicamente, tres teorías han sido utilizadas para tener una visión general y completa de la familia. La Teoría General de Sistemas, creada por Ludwig von Bertalanffy; la Cibernética, cuyo autor es Norbert Weiner; y la Teoría de la Comunicación desarrollada por Paul Watzlawick, Janet Helmick Beavin y Don D. Jackson. En el tercer capítulo se planteará el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad desde una visión evolutiva; cómo el trastorno se presenta en las distintas etapas del desarrollo de las personas y cómo afecta a ciertas áreas de la vida del sujeto.

CAPÍTULO I: EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

1.1 ATENCIÓN, MEMORIA Y APRENDIZAJE

“Aprender comprende la adquisición y modificación de conocimientos, habilidades, estrategias, creencias, actitudes y conductas. Exige capacidades cognoscitivas, lingüísticas, motoras y sociales y adopta muchas formas.” (Schunk, 1997, pág. 2) Entre estas capacidades cognoscitivas se encuentran básicamente la atención y la memoria, consideradas como las principales bases del aprendizaje.

“Prestar atención es seleccionar y centrarse en forma clara y definida en una actividad con amplia participación de la conciencia. Implica la puesta en un primer plano de algo y en segundo plano de algunas otras cosas que pudieran convocar nuestra atención en ese momento; o sea, reducir al máximo la impulsividad. Ello significa tener la capacidad de poder seguir un solo impulso que es el de prestar atención a una cosa por un periodo importante de tiempo.” (Gratch, 2009, pág. 8) Usualmente, los expertos han encontrado tres tipos de atención, las cuales son: (Van-Wielink, 2006, págs. 196-198)

- *Selectiva o focal*: es la facultad que tenemos para enfocar nuestra atención sobre un solo estímulo o pensamiento.
- *Continua o sostenida*: proceso que mantiene en forma continua el estado de alerta.
- *Dividida, dual o compartida*: proceso, por el que simultáneamente, se responde a un doble estímulo, produciéndose una doble “activación”.

Por otro lado, “la memoria es el proceso *psíquico superior* de recordar los contenidos y materiales aprendidos que se mantienen almacenados y que es preciso utilizar en una etapa posterior.” (Bengoechea, 1999, pág. 177) A este proceso se lo clasifica por su duración: (Varela, Ávila, & Fortoul, 2005)

- *Sensorial*: registra la información únicamente por fracciones de segundo, apoyándose en los órganos sensoriales.
- *A corto plazo o de trabajo*: es muy breve, dura aproximadamente 20 segundos y pueden almacenarse de 5 a 9 unidades de información nueva, más o menos.
- *A largo plazo*: puede tener una capacidad de ilimitada, aquí se almacena información de manera permanente. Para que la información se almacene en esta estructura, es necesario de ciertos procesos como la atención y la concentración.

Para que el aprendizaje de cada niño sea el adecuado, se requieren ciertos pasos. El primero de ellos es el ingreso de la información a través de la percepción. Si es que el niño no logra sostener la atención en un determinado estímulo en un tiempo conveniente, dicha información ingresará de manera parcial y confusa. Pero si el niño logra mantener la atención por un periodo de tiempo que sea el indicado, dicha información se quedará grabada en la memoria, y es ahí cuando se da lugar al aprendizaje. En las personas con TDAH, no suele ocurrir esto último, los mismos, tienen dificultad en focalizar la atención en un solo estímulo y en mantenerla fija en dicho estímulo.

1.2 DIFICULTADES DEL APRENDIZAJE Y FRACASO ESCOLAR

“Las dificultades del aprendizaje se refieren a un grupo heterogéneo de trastornos que se manifiestan por dificultades significativas en la adquisición y uso de la escucha, habla, lectura, escritura, razonamiento, o habilidades matemáticas. Estos trastornos son intrínsecos al individuo, suponiéndose debidos a la disfunción del sistema nervioso central, y pueden ocurrir a lo largo del ciclo vital. Aunque las dificultades de aprendizaje pueden ocurrir concomitantemente con otras condiciones incapacitantes, no son el resultado de dichas condiciones o influencias.” (García, 1998, págs. 39-40)

A pesar de que las dificultades del aprendizaje no son causadas por el TDAH, los niños con este trastorno tienen más probabilidad que otros niños a presentarlas como una condición concomitante. “Entre el 20 y el 30% de los niños con TDAH tienen algún tipo de trastorno del aprendizaje en áreas como matemáticas, lectura o escritura.” (Barkley, 1999, pág. 108) Sin duda alguna, se puede decir que conjuntamente, este trastorno y las dificultades del aprendizaje, suelen conducir al fracaso escolar, a la mayoría de niños que los padecen. Esto se produce por varios factores como los constantes logros no conseguidos por el sujeto,

valoraciones negativas de sí mismo y de las personas que lo rodean, y un gran sentimiento de frustración al no poder realizar de igual manera las actividades que realizan el resto de niños de su edad. "Tal como se nos ha educado, efectivamente, todos parecemos sentirnos globalmente más débiles e inseguros cuando nuestros intentos para conseguir nuestras metas resultan baldíos." (Asensio, 2006, págs. 15-16)

Aunque las capacidades cognitivas del sujeto estén intactas, la sensación de fracaso y frustración, en muchas ocasiones, hará que el niño, adolescente o adulto con TDAH no intente esforzarse por conseguir un objetivo, pues las incontables metas no alcanzadas serán experiencias negativas que frenen su deseo. La escuela debe prestar especial atención a los niños que por distintas causas, no tienen desarrolladas ciertas habilidades, en cuanto a lo académico, específicamente, ya que éstos niños en un futuro no tan lejano, desarrollarán una baja autoestima y otros problemas emocionales, y poco a poco, empezarán a sentir que valen mucho menos que sus compañeros.

1.3 TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

El TDAH es un trastorno del desarrollo del autocontrol. Engloba problemas para mantener la atención y para controlar los impulsos y el nivel de actividad. Dichos problemas se reflejan en el deterioro de la voluntad del niño o de su capacidad para controlar su conducta a lo largo del tiempo, y para mantener en su mente las metas y consecuencias futuras. Las principales características del mismo son la des-atención, la impulsividad y la hiperactividad.

La incapacidad de estos niños para mantener la atención y concentración en un estímulo o actividad por largo tiempo, en especial, en ambientes donde redundan aquellos estímulos distractores, crea en ellos una gran dificultad en su aprendizaje, desembocando en un rendimiento menor a lo esperado en niños de su edad. Algunos signos que se pueden observar en niños desatentos son: (Orjales, 1998, pág. 36)

- No termina las tareas que empieza.
- Comete muchos errores.
- No se centra en los juegos.
- Muchas veces parece no escuchar cuando se le habla directamente.

- Tiene dificultades para organizarse.
- Evita las tareas que requieren esfuerzo.
- Muy a menudo pierde cosas que necesita.
- Se distrae con cualquier cosa.
- Es muy descuidado en las actividades.

“La **impulsividad** es la incapacidad para tener presentes las consecuencias de nuestros actos y aplazar las gratificaciones.” (Rosas, 2008, pág. 43) Los niños impulsivos presentan los siguientes síntomas: (Van-Wielink, 2006, pág. 50)

- Frecuentemente contesta las preguntas antes de ser completadas.
- Frecuentemente tiene problemas para aguardar su turno.
- Frecuentemente interrumpe o se mete con otros (interrumpe en las conversaciones o juegos).

Por último, la **hiperactividad** se define como el aumento de actividad motriz. Usualmente, vemos que los niños hiperactivos (Menéndez):

- Suelen mover en exceso manos y pies y se retuercen en su asiento.
- A menudo abandonan su asiento en clase o no son capaces de estar sentados cuando debe.
- Corren o saltan en situaciones en las que resulta inadecuado hacerlo.
- Experimentan dificultades para jugar tranquilamente o dedicarse a actividades de ocio.
- Parecen estar siempre en marcha, como si tuvieran un “motor”.
- A menudo hablan excesivamente.
- Dan respuestas precipitadas, antes de que las preguntas se acaben de formular.
- Pueden tener dificultades para aguardar su turno en cualquier situación.
- Suelen entrometerse o entorpecer los asuntos de los demás, tocan cosas que no deben, hacen payasadas...

En la actualidad, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) representa uno de los diagnósticos más frecuentes en niños y niñas en edad escolar. Se calcula que en cada salón de clases se encuentran entre dos y tres niños hiperactivos. Para diagnosticar el trastorno son necesarias ciertas evaluaciones psicológicas, médicas y psiquiátricas, pero la información obtenida por padres y maestros es determinante al momento de diagnosticar.

Este trastorno es un factor que influye en el fracaso escolar de los niños, impidiéndoles mantener una conducta y un rendimiento “aceptables” para continuar sin ningún problema con sus actividades escolares.

A continuación se hará una revisión del TDAH a lo largo de la historia, además de una breve revisión de los estudios realizados por las distintas corrientes psicológicas y autores sobre el trastorno.

1.4 REVISIÓN HISTÓRICA DE LOS ESTUDIOS DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

“En 1902, George Still y Alfred Tredgold, fueron los primeros que describen al trastorno como “defectos en el control moral”, el mismo se presentaba más en niños que en niñas y los síntomas más comunes eran trastornos del aprendizaje, hiperactividad, trastornos generales de conducta, dificultades para mantener la atención, etc.” (Gratch, 2009, pág. 19)

Sobre este trastorno, en aquellas épocas, se daba más peso a las causas biológicas del mismo, dejando de lado los posibles factores ambientales que podían haberlo causado.

Luego de varios años, después de la Primera Guerra Mundial, y como consecuencia de una epidemia de encefalitis en los Estados Unidos, varios niños presentaron la misma sintomatología descrita por George Still años atrás. Se consideraba que padecían de un daño o una disfunción cerebral mínima producida por una secuela postencefalítica, pero dichos daños y disfunciones no pudieron comprobarse; ya que los síntomas eran similares a los del trastorno descrito anteriormente, se asociaron dichas lesiones a los síntomas y la hipótesis de que el trastorno era causado por una disfunción cerebral, empezó a tomar fuerza. “El término de disfunción cerebral mínima perdió su valor en los años sesenta,

cuando se descubrió que el comportamiento hiperactivo podía producirse sin que existiera organicidad.” (Parmelee, 1998, pág. 69)

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM III, describe al trastorno como déficit de atención con hiperactividad, tomando en cuenta los síntomas como la falta de atención, la impulsividad y la hiperactividad.

En una siguiente edición, el DSM-IV-TR, señala que los niños con un diagnóstico de TDAH, tienen como “característica principal un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, más frecuente que otros niños en la misma etapa del desarrollo.” (López-Ibor, 2002, pág. 97)

Desde la Psicología y sus distintos enfoques teóricos se ha estudiado el trastorno. A continuación se mencionarán los siguientes:

El conductismo clásico considera a la hiperactividad como el resultado de una conducta aprendida, asegurando que es posible su modificación mediante la aplicación de técnicas conductuales. “Al situar al trastorno dentro de un modelo skinneriano, se podría aseverar que los niños diagnosticados con este trastorno, tendrían dificultad en responder y aprender de las consecuencias ambientales.” (Díaz, 2005)

Los autores cognitivos conductuales Isabel Orjales y Russell Barkley, describieron el trastorno de la siguiente manera:

Isabel Orjales sostiene que el TDAH “es un cuadro sintomatológico de base neurológica que puede generar en problemas importantes, pero que poco tiene que ver con el niño travieso o malcriado al que nos referíamos y que, sólo en algunos casos, puede ser asociado a problemas de conducta.” (Orjales, 1998, pág. 19)

Para Russell Barkley, el TDAH

“es un trastorno del desarrollo del autocontrol. Engloba problemas para mantener la atención y para controlar los impulsos y el nivel de actividad. Dichos problemas se reflejan en el deterioro de la voluntad del niño o de su capacidad para controlar su conducta a lo largo del tiempo, y para mantener en su mente las metas y consecuencias futuras.” (Barkley, 1999, pág. 33)

La interpretación del psicoanálisis acerca del trastorno es totalmente distinta. Este enfoque no considera que exista una base neurológica del trastorno, sino que el déficit del niño hiperkinético es el no poder hablar ni decir; frente a la imposibilidad de ser escuchado, esas palabras no dichas se expresan a nivel motriz, en movimientos excesivos que sustituyen a las palabras. El adulto da una interpretación a estos movimientos, mientras más intenta traducirlos, más se siente impedido de hablar con el niño, llega a considerar que el pequeño con TDAH es “insoportable”.

“La palabra que no se dice con motivo de la acción hace que no tenga sentido, es allí el núcleo de esto que se cuestiona en el niño hiperkinético y es delante de este núcleo que el adulto se cree obligado a dar el sentido. El niño por su acción (privada de toda palabra) implica al adulto que debe constatar que no hay sentido y el adulto da el sentido, y es el sentido que da que vuelve al niño insoportable.” (Bergés, 1998)

Por otra parte, el Psicoanalista y autor del libro “El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD) Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez”, Luis Oscar Gratch, define al TDAH como un

“trastorno en el que aparentemente existe una base neurológica o neuroquímica, aunque el grado de afectación en cada sujeto dependerá de su grado de armonía psíquica, capacidades y también del contexto familiar en el que crece y se desenvuelve y que permitirá, o no, un mayor despliegue de los inconvenientes derivados de este trastorno.” (Gratch, 2009, págs. 24-25)

La Psicóloga Estrella Joselevich, perteneciente a la corriente sistémica, nos dice que

“es importante aclarar que el AD/HD, síndrome de base neurobiológica, se manifiesta mediante múltiples síntomas que han sido agrupados, y que se puede padecer de este trastorno aunque uno no se identifique con todos ellos, sino con cierta cantidad de síntomas de cada conjunto en los que se concentran las características principales. Según los textos de psiquiatría más usados, los primeros síntomas están agrupados en tres grandes conjuntos básicos: atención, impulsividad e hiperactividad.” (Joselevich, 2004, págs. 43-44)

1.5 ETIOLOGÍA

Aunque existe una gran cantidad de investigaciones acerca de este trastorno, no se ha encontrado una causa única y específica del mismo. Dichas investigaciones han ayudado a esclarecer muchas dudas y derribar varios mitos acerca del TDAH. A continuación se especificará las posibles causas de este trastorno.

1.5.1 Factores neurológicos

Las hipótesis de los científicos que se han dedicado al estudio del trastorno, se dirigen a explicar que posiblemente, existe una “alteración en el lóbulo frontal, ya que es el responsable de inhibir la conducta, mantener la atención, usar el autocontrol y hacer planes para el futuro.” (Barkley, 1999, pág. 77) Estas funciones suelen estar disminuidas en las personas con TDAH. “La alteración en los lóbulos frontales se ha descrito como un funcionamiento defectuoso de la corteza del lóbulo frontal y las regiones debajo de ésta.” (Van-Wielink, 2006, pág. 27) Lo que nos indica que no sólo el lóbulo frontal es el afectado, sino también el cuerpo estriado, encargado de dirigir el ingreso y egreso de información al lóbulo frontal, el tálamo y el cerebelo, los cuales están ligados a la capacidad de prestar atención. Todas estas estructuras, en las personas con TDAH, presentan una disminución en su tamaño, comparando con las personas sin el trastorno.

A principios del siglo se creía que las lesiones cerebrales eran la causa principal del TDAH, pero gracias a los estudios realizados, se ha demostrado que “un bajo porcentaje (5-10%)” (Van-Wielink, 2006, pág. 27) de niños presentan síntomas del trastorno o llegan a desarrollar el mismo, después de sufrir una lesión cerebral causada por un accidente o una enfermedad. De hecho los niños que presentan el trastorno suelen sufrir más golpes en la cabeza que los niños sin el trastorno, por lo que se diría que dichos accidentes son una consecuencia y no el origen del mismo.

Los estudios sobre el origen neurológico del trastorno se han dirigido también a comprobar si existe un retraso en la maduración del cerebro, encontrando que la actividad eléctrica del cerebro de los niños con este trastorno es muy parecida a la que se observa en niños más pequeños sin el mismo.

Cuando se habla de “inmadurez” en el desarrollo del cerebro, los expertos se refieren a que el niño no presenta desarrolladas, adecuadamente, según su edad las habilidades correspondientes, como por ejemplo las habilidades lecto-escritoras o ciertas características fisiológicas que debería presentar en las distintas etapas de desarrollo. Hay que aclarar que no existe daño alguno en el cerebro, pero que ciertas zonas del mismo no funcionan completamente. Los resultados de las investigaciones demuestran que existe un retraso en la mielinización, lo que no permite un funcionamiento eficaz del sistema nervioso, ocasionando los síntomas del TDAH.

Otro factor que se cree que puede ser una causa del trastorno, es “que las personas con TDAH tienen niveles insuficientes de algunos neurotransmisores, sustancias químicas que permiten la transmisión de información entre las neuronas.” (Barkley, 1999, pág. 78) Para comprobar esta hipótesis, se han realizado varios estudios a niños con TDAH, a partir del líquido céfalo raquídeo, encontrando niveles inferiores de dopamina, pero al realizar estudios con muestras de sangre y orina, los resultados son distintos. “Las pruebas disponibles indican que uno de los posibles problemas de las personas con TDAH reside en la cantidad de dopamina, y posiblemente norepinefrina, que produce su cerebro” (Barkley, 1999, pág. 79) Si los niños con TDAH tienen una deficiencia en la producción de la dopamina, encargada de regular la atención, y la norepinefrina que regula la atención y las acciones de respuesta, “mantienen un estado de hipervigilancia, es decir, reaccionan de forma más

exagerada a estímulos sensoriales que no despertarían semejante reacción en niños no hiperactivos” (Orjales, 1998, pág. 31)

Los fármacos recetados a los niños, permiten revertir los síntomas causados por la alteración en la distribución de dichos neurotransmisores, por ejemplo los periodos cortos de atención que se deben a la escasez de estos neurotransmisores en la corteza frontal.

1.5.2 Plomo y TDAH

En cuanto a la exposición al plomo a niños pequeños, hay varias opiniones según los expertos. Por un lado, “se han realizado estudios sobre la influencia del plomo en el ambiente, pero no se ha podido demostrar que exista una relación específica con este trastorno.” (Orjales, 1998, pág. 30)

Hay otros que afirman que los niños expuestos al plomo, pueden presentar conductas de hiperactividad y desatención, esta relación es mucho más fuerte cuando niños entre 1 y 3 años han sido expuestos a dicho componente. Según Barkely, pocos casos diagnosticados con TDAH pueden ser debido a la exposición al plomo, ya que el mismo causa daño cerebral, al igual que el consumo del tabaco, alcohol y drogas durante el embarazo.

1.5.3 Herencia y TDAH

Los resultados de estudios realizados indican que del “55 al 92% de los casos se adquiere por genes maternos o paternos.” (Van-Wielink, 2006, pág. 21) Por lo que se puede decir, que los hijos de los padres que fueron diagnosticados con este trastorno en su infancia, tienen una alta probabilidad de ser diagnosticados al igual que sus padres. De hecho, los estudios indican que las causas relacionadas con el entorno, que se detallarán más adelante, “explican entre el 1 y 10% las conductas de hiperactividad e impulsividad” (Barkley, 1999, pág. 85), características de los niños con este trastorno.

Si este trastorno es de tipo hereditario, ¿qué es exactamente lo que se hereda? Aunque los científicos aún no han determinado con exactitud este factor importante, han identificado un gen relacionado con el mismo. Pero hay que tener muy en claro, que los niños con padres con TDAH, heredan la predisposición, no el trastorno. Se hereda el patrón de conducta, que en contacto con otros factores ambientales se lo llega a denominar como TDAH.

No se puede dejar de pensar que si el TDAH tiene una base genética, éste puede no ser una patología, sino más bien un rasgo humano, una característica como la altura, el peso, el color de ojos o cabello; la capacidad para inhibir una conducta está interiorizada en cada uno de nosotros, difiriendo todos en el grado de desarrollo de dicha capacidad. Si es que uno de estos rasgos está siendo considerado como “problemático”, se debe a que se encuentra en el extremo bajo o superior del desarrollo de una persona.

Si la hipótesis de que el TDAH puede ser causado por un factor genético, es verdadera, se puede decir que todos presentamos en cierta medida características del mismo, quitando la idea de que el TDAH es una patología, sino que es una condición que no difiere de lo considerado “normal”. Esto puede llegar a sensibilizar tanto a padres, maestros y a la sociedad en general, y buscar nuevos métodos para los niños que han sido diagnosticados con el TDAH.

El encontrar todas estas posibles causas del TDAH, no ha sido determinante en cuanto a encontrar una específica. Por lo que en unos pacientes se encontrarán ciertos indicadores del trastorno y en otros serán distintos. “En lo que todos los niños diagnosticados coinciden es en su escasa habilidad para inhibir la conducta y mantener el esfuerzo en las actividades.” (Barkley, 1999, pág. 113)

1.6 CLASIFICACIÓN

Para el diagnóstico del subtipo apropiado de este trastorno, se debe tomar en cuenta la sintomatología predominante durante seis meses. Según el DSM-IV-TR (López-Ibor, 2002) hay varios subtipos del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, dependiendo los mismos de los síntomas predominantes del niño:

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio de déficit de atención
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo

1.7 DIAGNÓSTICO

Pero ¿cuándo es necesario llevar a un niño a una evaluación? ¿A qué profesionales se debe acudir?

Usualmente, suelen pasar varios meses e incluso años, para que los padres lleven a sus pequeños a que se les realice una evaluación. Esto puede deberse a que creen que este problema puede resolverse únicamente con decirle “si te portas bien, te compro lo que quieras” “si atiendes en clase, tendrás una recompensa”, con los consejos de lo que a otros padres les ha servido, el asesoramiento de un profesional o con la aplicación de estrategias conductuales. Pero lo que muchas veces no saben, es que estos “comportamientos” no son planificados por los niños para fastidiar o molestar a sus padres, maestros o amigos, no son muestras de simple “malcriadez”, es un verdadero problema que se está escapando de su autocontrol y su deseo.

Al llegar a un límite en el uso de las estrategias para manejar a estos niños, a un límite en la paciencia de quienes los rodean, es ahí, cuando los padres toman la decisión de llevar a su hijo a un profesional, pero esto también sucederá si es que los maestros del niño exigen que se le realice una evaluación.

En algunas ocasiones, los comportamientos de los niños suelen diferenciarse de la escuela y del hogar, es por esto que la comunicación entre padres y maestros es muy importante. Tomando en cuenta que en ciertos casos los maestros no dicen lo que sucede en el aula por temor a ser juzgados como “incompetentes para manejar a un niño”, su rol de maestro se ve cuestionado por las autoridades, y muchos prefieren recomendar un cambio de colegio para el niño, en lugar de modificar las estrategias que utilizan para el proceso de enseñanza.

Los datos proporcionados por los padres y maestros acerca de los síntomas del niño, son la base del diagnóstico. Es necesario realizar varias valoraciones al paciente para determinar dicho trastorno, descartar otros trastornos con sintomatología similar y establecer el estado de salud general en el que se encuentra el paciente.

A continuación se hará una breve descripción de las evaluaciones que son necesarias y obligatorias a la hora de diagnosticar el TDAH.

1.7.1 Evaluación pediátrica

Al percibir los síntomas asociados al TDAH en un niño, es de gran importancia, que el pediatra del mismo realice las pruebas necesarias para descartar que dichos síntomas se deban a alguna patología que no sea el TDAH, por ejemplo, el hipotiroidismo y la intoxicación por plomo suelen presentar los mismos síntomas que el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad; por lo tanto, esta evaluación pediátrica, debe descartar otras condiciones que puedan tener iguales síntomas a los del trastorno en cuestión. Por esta razón “es necesario pedir, de rutina, exámenes de laboratorio, como la biometría hemática, pruebas de función hepática, pruebas de función tiroidea, y nivel de plomo en la sangre.” (Van-Wielink, 2006, pág. 59) Adicionalmente, se debe realizar una evaluación visual y auditiva.

Al no encontrar ninguna condición que pueda causar síntomas similares a los del TDAH, el pediatra derivará a su paciente a un neurólogo para la evaluación correspondiente.

1.7.2 Evaluación neurológica clínica

Se debe tener muy claro, que ningún examen de laboratorio o neurológico puede dar el diagnóstico definitivo de este trastorno, se pueden hallar rasgos del mismo, pero con un solo examen es imposible diagnosticarlo. Esta evaluación no se realiza únicamente para comprobar la existencia del TDAH, se la realiza para descartar otras patologías presentes en el niño, que pueden estar causando síntomas muy parecidos a los del TDAH.

Por ejemplo, existe un tipo de epilepsia que puede confundirse fácilmente con los síntomas de este trastorno, denominado *crisis de ausencia*, que “se caracteriza por la pérdida súbita de la conciencia por pocos segundos, luego de lo cual el sujeto reanuda sus actividades previas.” (Balarezo & Mancheno, 1998, pág. 64) Durante este corto lapso, el paciente deja de realizar cualquier actividad, reanudándola luego de la crisis. Con una evaluación neurológica se puede determinar si estos síntomas pertenecen a un cuadro de crisis de ausencia o a un cuadro de TDAH.

Como se puede observar, esta evaluación no se utiliza para diagnosticar el trastorno, sino para descartar la existencia de otras condiciones causantes de los síntomas en el niño y para dar el conveniente tratamiento al mismo.

Las diferencias orgánicas entre las personas diagnosticadas con el TDAH y las que no, se han venido demostrando mediante diversos métodos y técnicas de evaluación neurológica, en especial los estudios de neuroimagen como el electroencefalograma cerebral, la resonancia nuclear magnética, la morfometría, la resonancia nuclear magnética funcional y la tomografía por emisión de fotones únicos.

1.7.3 Evaluación psicológica

Esta evaluación se la realiza mediante tests psicológicos, de aprendizaje y neuropsicológicos, para determinar los síntomas existentes en el paciente y así, establecer que subtipo del trastorno presenta el mismo, basándose en la clasificación del DSM-IV-TR. También se las realiza para detectar si existen problemas de aprendizaje coexistentes con el TDAH. Para realizar un diagnóstico apropiado, se deben incluir las siguientes técnicas: (Van-Wielink, 2006, pág. 53)

- Una entrevista completa con los adultos que están encargados del niño.
- Una evaluación de las funciones cognitivas.
- Una evaluación general del estado médico y neurológico del niño.
- Una evaluación de las habilidades y logros académicos del niño.
- El uso de escalas dirigidas al TDAH, para padres y maestros.¹
- Los reportes escolares.

La evaluación cognoscitiva del niño brinda una visión generalizada de su desarrollo, tanto de sus fortalezas como de sus debilidades, para así, trabajar con el mismo, en base a dichas características de desarrollo, y brindarle un mejor desenvolvimiento en el entorno académico. Lo que se desea al evaluar el coeficiente intelectual es descartar que la sintomatología se deba a un coeficiente intelectual bajo, de ser así, el diagnóstico del TDAH quedaría excluido. Los expertos han determinado que mientras más alto sea el Coeficiente Intelectual (CI) del niño, la evolución del mismo será mucho mejor.

En algunos casos, y dada la sintomatología de los niños con este trastorno, se puede observar que en la evaluaciones en general, estos niños sacarán puntuaciones más bajas que las de los niños sin TDAH, pero hay que tener en cuenta que estas puntuaciones no son únicamente el producto de sus habilidades o capacidades, sino que están influenciadas por varios factores externos, como por ejemplo, los objetos presentes en el lugar donde se realiza la evaluación, sonidos externos, estímulos visuales muy llamativos, inadecuada iluminación o ventilación, el momento del día en el que el niño sea evaluado, factores que sin duda, distraerán al pequeño y afectarán directamente a su desenvolvimiento dentro de la evaluación; por lo que hay que manejar con mucho cuidado los resultados de la misma y determinar por qué razones el niño puntuó bajo la norma, de ser este el caso.

Es de gran importancia realizar una evaluación de los procesos de aprendizaje, ya que “entre el 20 y el 30% de los niños con TDAH tienen algún tipo de trastorno en áreas como matemáticas, lectura o la escritura.” (Barkley, 1999, pág. 108) Se debe aclarar que dichos problemas del aprendizaje no son producto del TDAH, sino que son condiciones coexistentes en algunos niños diagnosticados con este trastorno.

¹ Anexo 1: Ejemplo de los cuestionarios enviados a padres. Cuestionario de situaciones en casa.

Aunque resulte un poco tedioso para los padres y especialmente para el niño, se deben realizar todas estas evaluaciones, ya que así, se podrán descartar otras condiciones en el niño y se obtendrá un diagnóstico más cercano acerca de la situación del mismo. Además, de una base sólida en la que se pueda construir el tratamiento más adecuado para cada situación.

1.8 TRATAMIENTO

Después de las respectivas evaluaciones, y si es que el diagnóstico que dan los profesionales es el TDAH, los padres deben ponerse en pie lo más rápido posible para buscar la ayuda necesaria para su hijo. Se debe informar a las personas que rodean al niño sobre la situación del mismo, y sobre todo pedir el compromiso de cada una de ellas para lograr que el niño se desarrolle en un ambiente apropiado para sus necesidades.

Para conseguir este objetivo, el tratamiento que debe llevarse debe ser multi e interdisciplinario, es decir, en el mismo deben intervenir la familia, maestros, psicólogos, médicos y otros profesionales. El estar todos informados acerca de la situación del niño es muy importante, ya que así, los esfuerzos que se utilicen por el bienestar del pequeño tendrán mayor fuerza en el mismo. Con esto se quiere decir, que la comunicación de todas las partes implicadas y sobre todo el ponerse de acuerdo entre las mismas, será de gran ayuda para el tratamiento del niño. En la actualidad existen una gran cantidad de tratamientos, lo importante es que los profesionales que han evaluado al pequeño y que estarán a cargo del tratamiento, dirijan adecuadamente a los padres del mismo durante el proceso, utilizando las mejores estrategias para el niño, tanto en casa como en la escuela, para así, causar un efecto positivo, brindándole una mejor calidad de vida, y principalmente estabilidad en todos los aspectos de la misma.

A continuación, se hará una revisión acerca de los tratamientos que comúnmente se utilizan para intervenir con los niños con TDAH.

1.8.1 Tratamiento cognitivo-conductual

A este tratamiento se lo denomina así, ya que utiliza técnicas cognitivas (autoinstrucciones, autoafirmaciones, toma de conciencia de los procesos mentales), y a la vez técnicas conductuales (basadas en el control de los acontecimientos que provocan la aparición o el mantenimiento de las conductas positivas o negativas); este tratamiento tiene un objetivo principal “conseguir que el niño logre la autonomía suficiente para desenvolverse en su entorno, tanto física, emocional y cognitivamente, además de la regulación de su comportamiento.” (Orjales, 1998, págs. 104-105)

Al inicio, será el terapeuta quien seleccione los objetivos que se van a conseguir, las estrategias para conseguirlos, los premios y castigos para modificar la conducta del niño. A medida que el tratamiento avanza y el niño va creciendo y autoconociéndose, el mismo tendrá más participación en su tratamiento; con un poco de ayuda del terapeuta, hará un análisis de las conductas que debe mejorar y de las conductas que ha mejorado y que necesitan un seguimiento adecuado.

“Para las técnicas conductuales el educador o el adulto a cargo es quien administra los refuerzos o castigos para controlar las conductas positivas o negativas del niño. Por otro lado, las técnicas cognitivas, requieren un compromiso del niño para trabajar con su pensamiento.” (Orjales, 1998, pág. 106)

Para obtener mejores resultados, se deben utilizar a la par las dos técnicas, y así, lograr que el niño reflexione acerca de sus comportamientos antes y después de realizarlos; que el niño “aprenda a pensar” de forma constructiva para evitar problemas en los ambientes en los que se desenvuelve.

A continuación, se detallarán tanto las técnicas comportamentales como las cognitivas que son más comunes en el tratamiento del TDAH.

1.8.1.1 Técnicas comportamentales

Antes de abordar estas técnicas, es necesario recordar que todos los niños necesitan que se les especifique las reglas tanto en el hogar como en la escuela, pero los niños con TDAH, requieren de recordatorios constantes de estas reglas, y que se las exprese de forma clara, sin que haya confusiones para el entendimiento del niño. Las técnicas que nos comparte Isabel Orjales en su libro, *Déficit de Atención con Hiperactividad- Manual para padres y educadores*, son las que mediante estudios, se ha observado que causan un mayor impacto en el tratamiento del TDAH, las mismas pueden ser aplicadas a varios ámbitos del desarrollo del niño.

a) *Refuerzo positivo*: “es todo objeto o experiencia que seguida a una conducta hace que aumente la probabilidad de que esa conducta se repita en el futuro.” (Orjales, 1998, pág. 106) Es a lo que usualmente se denominan premios, pueden ser refuerzos materiales como refuerzos sociales.

- **Economía de fichas**: mediante esta técnica el niño recibirá una ficha del adulto con el que se encuentre cada vez que haya cumplido con un objetivo programado. Por cada cierto número de fichas (esto será programado por los padres o maestros) el niño recibirá una recompensa, será de su decisión el canjear los puntos por el premio o “ahorrarlos” para conseguir un mejor premio. La ventaja de esta técnica, es que mediante las fichas, el refuerzo positivo se da de inmediato, el niño recibe las recompensas que a la final lo llevarán a un premio que ha merecido obtener, por cumplir en un determinado número de días, los objetivos que se le han propuesto. Al momento en que la conducta quede consolidada en el niño, se procederá a la supresión del premio por dicha conducta y se podrá ofrecer otros premios para afianzar otras conductas en el niño. “Los puntos no se entregan para reforzar todas las conductas correctas del niño, sino aquellas conductas correctas que le requieren un gran esfuerzo.” (Orjales, 1998, pág. 108)

- El reconocimiento social: los cumplidos que se les hace a los niños con TDAH, resultan ser de gran ayuda en el tratamiento, pero dada su dependencia emocional, es importante recordar felicitarles por cada actividad adecuada que realicen, y no solo unas cuantas ocasiones. Debido a que los adultos no pueden estar siempre a su lado para reconocer lo que han hecho, es importante que los niños lleven un registro de cuantas veces han cumplido lo que se ha acordado con padres o maestros, para que luego pueda presentar el registro a los mismos.

En conclusión, se puede decir que las conductas positivas en los niños aumentarán si: (Orjales, 1998, pág. 115)

- Se les exige en la medida de sus posibilidades.
- Se les premia por el esfuerzo realizado.
- Pueden observar que han mejorado.

b) *El castigo*: Con este término, lo que menos se quiere insinuar, es a la aplicación de castigos físicos, pues en muchas ocasiones, los padres sienten que sus hijos los “sacan de quicio” y que tal vez uno o dos “golpecitos” pueden mejorar la conducta de los mismos.

“El castigo es cualquier actividad negativa que, seguida a una conducta negativa que deseamos eliminar, hace que disminuya la probabilidad de que esa conducta se repita en el futuro.” (Orjales, 1998, pág. 110) Pero también se puede aplicar los castigos de tipo privativo, quitarle al niño alguna actividad u objeto que sea de su total agrado, por no haber cumplido con las reglas establecidas. Hay que tomar en cuenta que el castigo solo producirá cambios en la conducta a la que va dirigida el mismo, no se modificará todo el comportamiento del niño, por un solo castigo que se le aplique.

- Tiempo fuera de refuerzo positivo: esta técnica suele utilizarse cuando el niño, buscando la atención y a veces la aprobación de las personas que le rodean, realiza conductas inadecuadas a la situación y al contexto donde se encuentra. Básicamente, consiste en quitar al niño objetos o la presencia de personas que resultan para él, estímulos agradables. El tiempo fuera puede utilizarse también,

haciendo que el niño se siente en una silla sin hablar con nadie, o llevándolo a una habitación donde esté solo sin ninguna otra persona, el período de tiempo se establece de la siguiente manera: por cada año de vida del niño, permanecerá sentado un minuto en la silla o lejos de su familia. Es decir, que si el niño tiene 4 años, debe quedarse sentado o alejado de las personas por 4 minutos.

- Reprimendas: este tipo de castigos no es muy recomendado utilizarlo con niños con TDAH, ya que el momento de reprimirlos, se les estará prestando atención y ese es el objetivo que estaban buscando. Por esta razón, si es que se aplican reprimendas deben ser de corta duración, inmediatamente después de que cometa la conducta indeseada, que sea únicamente en ese instante, sin reclamarle durante todo el día. Al ver que la conducta del niño se está modificando, se deben decir palabras positivas, es decir, debe recibir un refuerzo positivo por la misma.
- Coste de refuerzo: esta técnica utiliza de forma combinada el premio y el castigo. Se pueden utilizar puntos o fichas que al inicio del día se le entregan al niño, dependiendo de la conducta del mismo, pueden conservarlas o perderlas por las conductas inadecuadas durante todo el día. Para los expertos, este método no es muy recomendable, ya que se le entregan al niño fichas sin habérselas ganado, además, al final del día se tomarán en cuenta todas sus conductas negativas, dejando de lado lo positivo que ha realizado, y recordándole que siempre “hace algo mal”.
- Práctica positiva: en esta técnica se le pide al niño que realice la conducta correcta varias veces, incluso de forma exagerada.

“Todas estas experiencias desagradables, cuando son asociadas a una conducta negativa, suelen hacer que, con el tiempo, disminuya la aparición de esa conducta y contribuyen a que el niño mejore su comportamiento.” (Orjales, 1998, pág. 111)

Hay que tener muy en claro que los niños hiperactivos reducirán sus conductas negativas, si siempre se tiene en cuenta lo siguiente:

- Si es que una conducta se presenta de manera ocasional, los castigos que reciben se los realiza de inmediato, sin muchas personas que lo presencien y en especial, si es que el castigo está relacionado a la infracción cometida.
- Pero si la conducta es percibida por los padres o maestros con mucha frecuencia e intensidad, es mucho más aconsejable utilizar el tiempo fuera, retirando al niño de la presencia de otras personas.

1.8.1.2 Técnicas cognitivas

Al utilizar las técnicas cognitivas, en conjunto con las comportamentales, se obtendrán mejores resultados en el tratamiento del niño diagnosticado. “Estas técnicas son utilizadas para el incremento en las habilidades de solución de problemas y la planificación, y la realización de tareas académicas.” (Díaz, 2005)

Las técnicas más utilizadas son las siguientes: (Orjales, 1998, págs. 115-131)

- a) Modelos de conducta reflexiva y solución de problemas: puede resultar muy importante utilizar como estrategia la exposición de estrategias para trabajar dentro del aula y en casa, además de ciertos “trucos” para resolver problemas cotidianos de manera adecuada.
- b) Autoevaluación: debido a las características propias del trastorno, los niños no tienen la capacidad de reflexionar acerca de lo que está sucediendo a su alrededor y lo que hacen o están a punto de hacer. El niño con la ayuda del especialista, empezará a utilizar técnicas para autoevaluar todas sus conductas, las positivas y las negativas, con el fin de tomar conciencia de sus fortalezas y debilidades, y de poder empezar a dar solución a aquellas conductas que le ocasionan problemas en los ámbitos donde se desarrolla.²

² Anexo 2: Cuadro para la autoevaluación general de la situación actual del niño.

- c) Atribución de manera adecuada de las consecuencias de éxitos y fracasos: “los niños hiperactivos suelen atribuir sus fracasos y su mal comportamiento a factores externos y los éxitos a factores internos.” (Orjales, 1998, pág. 121) Con esta técnica, se busca que el niño logre reconocer que en ambos casos, éxitos y fracasos, tiene cierto grado de responsabilidad y que mediante la aceptación de la misma, logre buscar estrategias para evitar fracasar en una futura ocasión.
- d) Utilización de autoinstrucciones para aprender a pensar: esta estrategia es muy útil ya que representan una guía para que el niño pueda pensar de forma reflexiva en las actividades que debe realizar, sin saltarse ningún paso. El niño podrá analizar poco a poco en qué parte de la instrucción ha fallado, ayudándole a recordar esto en un futuro y sin el autorreproche de sus errores y fracasos.
- e) Entrenamiento en estrategias de solución de problemas: esta técnica ayudará al niño a buscar estrategias para analizar y solucionar problemas que se le presenten, no solo en lo social, sino también en lo académico, al momento de realizar tareas.

Todas estas técnicas comportamentales y cognitivas deben ser utilizadas en un principio por el profesional que esté realizando el tratamiento al niño, dicho profesional debe guiar a los padres sobre la aplicación de las técnicas en casa y a los maestros en la escuela. La evolución del niño, dependerá siempre de cómo se esté manejando el tratamiento en la consulta, en el hogar y en la escuela, todos deberán tener las mismas estrategias para poder beneficiar al niño en este proceso. Además, deberán realizar reevaluaciones del niño para poder modificar las técnicas según se haya modificado la situación.

1.8.2 Psicoterapia

En lo que respecta al TDAH, se sabe que la psicoterapia no cambiará los trastornos neuroquímicos, la misma modificará ciertos síntomas y su influencia en la vida del paciente y en el sistema familiar.

“Las alteraciones en el carácter que este trastorno produce, las dificultades en la convivencia con otros, los riesgos que supone en la vida de una persona la impulsividad y el daño en la autoestima, debido al reiterado fracaso en la consecución de los logros que se propuso, son

obstáculos que difícilmente pueden ser superados sin la ayuda que provee un tratamiento psicoterapéutico.” (Gratch, 2009, pág. 229)

Todos estos factores, paulatinamente irán afectando al niño en su estado emocional. Estas personas durante toda su vida tienen que lidiar con varios golpes a su autoestima. Empezando desde su niñez, es una carga muy pesada el hecho de tener un rendimiento académico inferior a comparación de sus compañeros; además, sus pocas habilidades sociales no les permiten integrarse adecuadamente en el grupo de iguales al que pertenecen

Poco a poco el sentimiento de frustración de los padres en cuanto a la crianza de un niño con TDAH, es transmitido a los niños. Este sentimiento será su compañero de por vida, no solamente de su parte, sino también por parte de sus padres, maestros y compañeros. A diario experimentan fracasos en sus actividades, y este factor, los lleva a interiorizar que son “malos” para tal o cual actividad. Dejan de esforzarse y de intentar ser mejores para poder conseguir una meta, simplemente porque muchas de ellas no han podido cumplirse por la situación en la que se encuentran.

El no poder cumplir con las expectativas de sus padres, les ocasiona un sentimiento de no ser amados, de no poder ser aceptados. Cada vez que esto sucede, crece en ellos la sensación de inferioridad y una fuerte culpabilidad, llegando a despreciarse a sí mismos por no poder ser niños “buenos”, los niños que papá o mamá hubiesen querido tener.

Enseguida, empiezan a autorreprocharse y a autocastigarse, diciéndose a sí mismos cosas negativas, que posiblemente en el pasado, pudieron haber escuchado de los adultos. La depresión es el cuadro clínico que suele acompañar a este trastorno, si es que su autoestima se deteriora, dejan de realizar actividades sólo por el hecho de pensar que les “va a ir mal”, a menudo, suelen pensar que es mejor no intentar, que intentar y fallar.

Por lo tanto, el sujeto, ya sea niño, adolescente o adulto, necesita un apoyo extra que pueda sostenerlo en estas situaciones que formarán parte de sí, durante toda su vida. Requiere de un espacio terapéutico donde pueda expresar sus sentimientos, ya sean de frustración, culpabilidad, odio, reproches, etc. El psicólogo clínico o psicoanalista será el profesional indicado, que podrá brindar un espacio de apoyo tanto para el niño como para el sistema familiar, que sin duda afectará sus relaciones.

“El desarrollo de una esperanza realista que apoye y alimente los esfuerzos del paciente y de sus familiares para trabajar en pro de un cambio constructivo” (Brown, 2005), es una tarea importante en la que aportará este tipo de terapia, siempre apoyándose de las otras terapias que son necesarias para manejar la sintomatología del trastorno.

1.8.3 Tratamiento farmacológico

Alrededor de este tratamiento existen muchas dudas, mitos y desinformación. Los padres llegan a temer que sus hijos desarrollen una adicción a los fármacos. Lo que realmente es necesario como ya se ha puntualizado, es realizar al niño una adecuada evaluación, y pedir asesoramiento sobre este tratamiento a profesionales con una vasta experiencia en el mismo. Se verá a continuación detenidamente cuáles son los fármacos más recetados y sus efectos en los niños.

Los medicamentos más utilizados para tratar trastornos en niños suelen ser los **estimulantes**, éstos actúan incrementando los estados de vigilia, de alerta y la actividad. Lo que dichos fármacos producen a nivel neuronal es aumentar la producción de neurotransmisores, lo cual activa a las neuronas por periodos más largos de tiempo. Si se traduce esto específicamente al TDAH, se puede decir que los lóbulos frontales se activan, permitiendo que las funciones ejecutivas trabajen con normalidad y así, el niño tendrá más control de sí mismo y podrá mejorar su atención. “Además, estos medicamentos mejoran la habilidad de los niños para interactuar con su medio y disminuyen las conductas oposicionistas.” (Van-Wielink, 2006, págs. 99-100)

El metilfenidato y las dextroanfetaminas, son los nombres de los estimulantes más recetados para los niños con TDAH. En cuanto a la prescripción, se recomienda que durante los dos primeros meses, se administre estos fármacos durante todos los días, al terminar este periodo, puede reducirse únicamente a los días escolares y descansar los fines de semana. Estos descansos se los debe realizar con la autorización del médico que recetó el medicamento.

Algunos de los efectos secundarios pueden ser cefaleas y malestar estomacal, pero los mismos suelen disminuir si es que se administra el medicamento después de los alimentos. “En cuanto a los problemas de sueño que suelen causar los estimulantes, se los puede evitar, si la última dosis es ingerida antes de las seis de la tarde.” (Van-Wielink, 2006, pág. 101)

No con esto se quiere decir que estos u otros efectos dejen de presentarse, como es bien sabido, cualquier tratamiento farmacológico puede causar efectos hasta que el paciente llegue a adecuarse a la dosis que se le administra, y es muy importante que se realicen exámenes de sangre constantemente para detectar a tiempo problemáticas en el funcionamiento del organismo.

“Los padres llegan a preocuparse por la adicción que pueden causar los estimulantes, pero numerosos estudios demuestran que los niños con TDAH medicados tienen igual potencial de adicción para las sustancias de abuso, que los niños sanos que no toman medicamentos.” (Van-Wielink, 2006, pág. 103)

Esto puede evitarse con un adecuado control por parte del médico que está encargado del caso del niño.

Si es que a un niño no se le puede administrar estimulantes, la segunda opción son los **antidepresivos**. Éstos disminuyen la sobreactividad motora y la impulsividad, a la vez que amplían el periodo de atención. “Además, tienen un efecto positivo cuando existen problemas asociados, como los trastornos de ansiedad y en el humor.” (Van-Wielink, 2006, pág. 105) Este medicamento llega a tener efecto a los 10 o 15 días de haber empezado a ingerirlos.

Los efectos cardiovasculares suelen ser el efecto secundario más grave al tomar antidepresivos, por esto es importante la realización de un electrocardiograma antes de empezar a utilizar este medicamento y realizar otros durante la administración del mismo. “Los antidepresivos tricíclicos suelen producir boca seca, incremento en la presión sanguínea y náusea; y el bupropion aumenta el riesgo de crisis epiléptica y dermatitis.” (Van-Wielink, 2006, págs. 105-106)

1.8.4 Medicación: ¿En qué casos es recomendable?

En este capítulo, se ha visto la importancia y la urgencia de un tratamiento al diagnosticar a un niño con TDAH. Empezando por un diagnóstico realizado por profesionales especializados en este trastorno, se debe continuar con brindar el tratamiento adecuado para las necesidades del aquel niño, mientras más rápido se realice el tratamiento, el niño tendrá un mejor pronóstico acerca del trastorno.

La medicación es uno de los tratamientos más recomendados para este trastorno, pero así mismo, es el tratamiento más cuestionado en todo el mundo. ¿Es necesario medicar a un niño con TDAH?

Cabe recalcar, que el médico especialista es el que debe recetar la dosis justa al paciente diagnosticado con TDAH, luego de haber realizado varios exámenes y comprobar cuál es el medicamento que surtirá mayor efecto en él. Además, es importante informar a los padres que el tratamiento farmacológico, no dará buenos resultados si es que no se lo acompaña siempre de otros tratamientos, como el abrir un espacio psicoterapéutico individual y familiar, y si el niño lo requiere, un tratamiento psicopedagógico apropiado para sus necesidades educativas especiales. Los niños deben estar informados acerca de los efectos que el medicamento producirá en ellos y las razones por las cuales se les administra los mismos.

La medicación tiene muchos beneficios como la reducción de los síntomas, una mejoría en la concentración y atención del paciente, lo cual no solo traerá buenas consecuencias dentro del aula de clases sino también dentro de la consulta y los tratamientos que el sujeto necesita para poder tener un mejor desarrollo. Los niños trabajan de mejor manera al realizar tareas escolares, mejora su memoria a corto plazo y se concentra mucho más al delegarle ciertas responsabilidades. Sus relaciones sociales suelen mejorar también, pues el niño obedecerá más a sus adultos y las reglas que éstos le imponen.

Pero es de esperarse, como con cualquier medicación, que el paciente pueda presentar ciertos efectos secundarios. Los mismos pueden ser la disminución del apetito, incremento del latido cardíaco y la actividad eléctrica cerebral, insomnio y tics nerviosos.

Los padres deben estar bien informados acerca de los beneficios y los efectos secundarios de la medicación como tratamiento del TDAH, y deben estar conscientes que dicho tratamiento no tendrá mayores efectos si es que no se lo complementa con otros tratamientos. Los padres no deben rehusarse al uso de la medicación, ya que no se puede desconocer las ventajas que ésta trae para el mejor desarrollo del niño con TDAH.

Respondiendo a la pregunta del inicio, ¿en qué casos es recomendable la medicación?, a mi parecer, este es un tema muy polémico, todos los padres tendrán siempre dudas acerca de la medicación. Personalmente, antes de conocer los beneficios de la misma para los niños con TDAH, no estaba de acuerdo con medicarlos. En mi opinión, es muy importante informarse acerca de sus ventajas, tanto para padres como para educadores, ya que con este tratamiento, se podrá brindar una mejor calidad de vida a los niños con este trastorno, optimizando su desarrollo dentro y fuera del aula y logrando que cada vez, el niño con TDAH pueda obtener muchas más experiencias positivas que negativas y así, incrementar su autoestima y mejorar su autoconcepto.

Por lo tanto, si los padres optaron por utilizar este tratamiento para sus niños, deben informarse bien y monitorear el tratamiento cada cierto tiempo para descartar que surja algún tipo de problema con el niño. Deben estar pendientes del desarrollo del niño a partir del tratamiento y no modificar la dosis o suspender el tratamiento sin la supervisión del médico que lo ha recetado.

Esta decisión de medicar o no al niño con TDAH, recae específicamente sobre los padres, quienes tienen la obligación de buscar el mejor tratamiento para el niño y, en especial, ser para ellos la base de su apoyo y autoestima, ya que así podrá enfrentar con más herramientas y con mucha seguridad en sí mismo, las vicisitudes que vendrán en un futuro.

1.8.5 Tratamientos alternativos

Dentro de los tratamientos, se encuentran también los alternativos, los mismos no suelen tener una base científica que pruebe su eficacia para mejorar el desarrollo de estos niños, por lo que hay que tener mucho cuidado en caso de querer aplicarlos en el hogar.

Las dietas en las que se excluye el consumo de azúcar y productos con aditivos artificiales, no suelen ser un tratamiento efectivo para el TDAH, porque se ha demostrado que estos alimentos no son los causantes del trastorno.

“En los últimos años se ha estado utilizando una terapia que consiste en seguir determinados ejercicios y actividades que permiten el control voluntario de diversas funciones del organismo que usualmente son inconscientes” (Van-Wielink, 2006, pág. 109), la misma se llama biorretroalimentación y se utiliza en conjunto con el electroencefalograma. Pero ¿cómo funciona?

Los expertos en esta técnica le dan indicaciones al niño de cómo funciona su cerebro, el niño aprende, a través de ejercicios mentales y de alguna señal del equipo, a incrementar la actividad cerebral deseada, que se relaciona directamente con el mantenimiento de la atención, y a disminuir la actividad no deseada, es decir, aquellas actividades tales como la ensoñación y la distracción. “Se supone que el resultado será una mejora en la atención, la hiperactividad y la impulsividad del niño.” (Barkley, 1999, pág. 83)

Aunque ha habido resultados positivos en los niños que utilizan esta técnica, aún no se ha realizado un estudio científico que pruebe su efectividad para tratar el trastorno.

Se ha realizado una breve revisión de los tratamientos más utilizados para el TDAH, lo que hay que tener en cuenta es que cada niño es distinto y reaccionará mejor a un tratamiento específicamente diseñado para él; es importante asesorarse bien y ser constantes en el tratamiento que se ha elegido para el niño, a la vez de evaluarlo constantemente para poder definir si el tratamiento utilizado es el adecuado o necesita de alguna modificación.

CAPÍTULO II: LA FAMILIA Y EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

2.1 TEORÍA GENERAL DE SISTEMAS

Esta teoría, creada por Ludwig von Bertalanffy, “afirma que las propiedades de los sistemas no pueden describirse significativamente en términos de sus elementos separados. La comprensión de los sistemas sólo ocurre cuando se estudian globalmente, involucrando todas las interdependencias de sus partes.” (Espinosa, 2009) Los conceptos que han ayudado a explicar la Teoría General de Sistemas, son los siguientes:

- *Sistema.*- “es un conjunto de elementos en interacción dinámica en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran.” (Botella & Vilaregut, 2008) “Los sistemas pueden ser *abiertos* cuando interactúan con el medio, importando energía, transformando de alguna forma esa energía y finalmente exportando la energía convertida.” (Johansen, 2004, págs. 69-70) O *cerrados* cuando los sistemas no son capaces de realizar por sí mismos esta actividad.
- *Totalidad o no sumatividad.*- “el cambio en un miembro del sistema afecta a los otros, puesto que sus acciones están interconectadas mediante pautas de interacción. Las pautas de funcionamiento del sistema no son reducibles a la suma de sus elementos constituyentes. Sin embargo, por separado ninguno de los miembros del sistema familiar desempeña el rol que le caracteriza en el sistema familiar (no sumatividad).” (Feixas & Miró, 1993, pág. 258)
- *Circularidad.*- la interdependencia de las acciones de cada uno de los miembros de la familia, no denotan una pauta de causalidad lineal, dichas pautas suelen ser circulares, es decir, el efecto producido por una causa, refuerza retroactivamente a la misma.
- *Equifinalidad.*- “es la capacidad de los sistemas de llegar a un mismo fin a partir de puntos iniciales distintos.” (Austin, 2000)

2.2 CIBERNÉTICA

“Norbert Wiener, autor de esta teoría, se basa en el principio de la retroalimentación (o causalidad circular) y de homeóstasis, explica los mecanismos de comunicación y control en las máquinas y los seres vivos que ayudan a comprender los comportamientos generados por estos sistemas que se caracterizan por sus propósitos, motivados por la búsqueda de algún objetivo, con capacidades de auto-organización y auto-control.” (Johansen, 2004, pág. 29)

Cuatro conceptos son importantes en esta teoría y se los utiliza dentro del enfoque sistémico: (Zurro & Cano, 2003, págs. 133-134)

- **Feedback.**- el feedback o retroalimentación, es una “acción de retorno” por la cual las informaciones sobre los efectos de una acción o de una transformación son reenviadas a la fuente, lo que tiene por efecto mantener la misma acción o modificarla, ampliándola o disminuyéndola. Al hablar de retroalimentación dentro del sistema familiar, se quiere decir que los actos que realiza una persona afecta al sistema y viceversa. La retroalimentación positiva facilita y acelera la información provocando la expansión indefinida del sistema, es decir, mediante la misma se da un lugar a los cambios en el sistema familiar. Por otro lado, la retroalimentación negativa, conduce a un comportamiento adaptativo al sistema, desencadenando estabilidad en los sistemas.
- **Homeostasis.**- aunque es un concepto utilizado en su mayoría por la biología, se aplica también en la Teoría General de Sistemas. La homeostasis familiar comprende la interacción de sus miembros, facilitando las relaciones emocionales y físicas, promoviendo el desarrollo tanto individual como familiar, y permitiendo los cambios necesarios sin afectar la unión y el equilibrio familiar.
- **Morfogénesis.**- es un mecanismo regulador del sistema familiar que permite la acomodación y adecuación a los cambios de la familia y se pone al servicio de la modificación y crecimiento del sistema familiar.
- **Morfoestasis.**- es un mecanismo regulador al igual que el anterior, pero éste promueve la conservación y continuidad de la familia.

2.3 TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN

Por último, la Teoría de la Comunicación, propuesta por Paul Watzlawick, Janet Helmick Beavin y Don D. Jackson. Esta teoría se basa en cinco axiomas importantes (Alsina, 2001, pág. 166):

- Es imposible no comunicar.- los seres humanos siempre estamos en constante comunicación con las personas y el medio ambiente que nos rodea, incluso el silencio es una manera de comunicar algo, cualquier acción o comportamiento transmite un mensaje a los otros.
- Toda comunicación tiene un aspecto de contenido, que se refiere a lo que comunicamos; y un aspecto relacional que indica a quién y cómo se lo decimos, tales que el segundo clasifica al primero, y es, por ende, una metacomunicación. Por ejemplo, se puede decir un mismo mensaje pero de distintas formas, dependiendo a quién se lo estamos transmitiendo, no se puede comunicar de igual manera con un amigo que una autoridad.
- La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes. Lo que se puede decir de este axioma, es que en un proceso de interacción, cada uno de los participantes establecen los hechos desde su vivencia, desde su punto de vista.
- Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia. Los primeros se basan en la igualdad de sus participantes, mientras que los complementarios se basan en la diferencia de los mismos, estableciéndose en algunos casos una relación de poder. Las relaciones complementarias son las presentadas en algún tipo de autoridad, mientras que las simétricas se presentan en grupos de iguales.
- La comunicación humana implica dos niveles: digital y analógico. El nivel digital se refiere al lenguaje hablado en una comunicación, mientras que el analógico describe el lenguaje no verbal en la misma.

2.4 LA FAMILIA

Después de realizar una revisión de los conceptos y definiciones que forman la base de la teoría sistémica, se analizará la definición de la familia partiendo de dicha teoría. La familia desde la teoría sistémica se define como “un sistema abierto organizacionalmente, separado del exterior por sus fronteras y estructuralmente compuesto por subsistemas demarcados por límites con diferentes grados de permeabilidad y con diversas formas de jerarquización interna entre ellos.” (Botella & Vilaregut, 2008)

La familia es considerada como el núcleo principal de la sociedad, aquí se establecen relaciones de gran importancia, o en otras palabras, se inicia con la socialización primaria, donde el niño aprende varias aptitudes como son las reglas, límites, formas de interacción con los otros, etc.; que en un futuro, representarán la base para las relaciones que se inicien en el exterior del hogar, principalmente, en la escuela.

Al decir que la familia es un sistema abierto, se quiere decir que la misma mantiene un intercambio constante con el entorno, de materia, información y energía, produciendo modificaciones del entorno a la familia y viceversa.

Las fronteras familiares y límites se dan de acuerdo a las reglas que se aplican en los distintos subsistemas familiares, pues éstas no serán iguales para todos. Estos límites, a la vez, se perciben entre los subsistemas pudiendo ser de tres clases: (Botella & Vilaregut, 2008)

- *Difusos*: resultan difíciles de determinar.
- *Rígidos*: resultan difíciles de alterar en un momento dado.
- *Claros*: resultan definibles y a la vez modificables.

Por lo que se puede concluir que aquellas familias funcionales, tienen límites claros entre los subsistemas, ya que pueden modificarse cuando la situación lo amerite, pero a la vez les da una idea bastante clara a los miembros de la familia sobre cómo actuar en la misma.

La familia está conformada por subsistemas, que se detallarán a continuación, entre los que existen límites que tienen como objetivo proteger la diferenciación del sistema y facilitar la integración de sus miembros en él.

2.4.1 Subsistema Conyugal

“El sistema conyugal se construye cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención expresa de construir una familia. Posee tareas y funciones específicas vitales para el buen funcionamiento del grupo.” (Eguiluz, 2003, pág. 2) Para que este primer subsistema funcione correctamente se necesitan ciertos componentes que muchas parejas suelen perder o no suelen construir desde el principio. Antes de decidir compartir un espacio juntos, se debe empezar por la creación de un plan, mediante acuerdos, mediante el ceder y el compartir, para lograr cumplir los objetivos de este plan. Muchas parejas se crean sin una visión a futuro, sin comunicarse el deseo del otro acerca de lo que se quiere y no se quiere hacer en esta nueva vida de pareja. En varias ocasiones, las parejas no se ponen de acuerdo en actividades de la cotidianidad, olvidándose de a poco de la responsabilidad que implica formar un hogar.

En nuestro medio, es muy común ver a hogares que se han formado por la llegada de un hijo, en lugar de que este niño llegue ya cuando la pareja está formada de manera estable. Los desacuerdos entre pareja empiezan a tomar fuerza y las peleas se transforman en una actividad del diario vivir; siendo estas discusiones originadas por “tonterías” por “cosas pequeñas”, llevando a muchas familias al fracaso, a la desintegración de sus miembros, al dejar de luchar por un hogar unido y funcional.

Es por esto que es importante que la base de la familia, es decir, la pareja, pueda fortalecer su relación antes de tomar la decisión de traer otro miembro a la misma. Los acuerdos son básicos e importantes para poder llevar a cabo la misión de ser padres y madres.

2.4.2 Subsistema Parental

Este sistema describe las relaciones comunicacionales y afectivas que la pareja mantiene con sus hijos. En las familias funcionales estos subsistemas deben diferenciarse el uno del otro. Deben permitir ser padres pero no olvidarse de ser pareja; sin duda, esto es lo que ocurre con varias parejas. Se despreocupan de su relación, de seguir construyéndola diariamente, por concentrarse específicamente en el rol de ser padres.

“Es necesario trazar un límite que permita el acceso del niño a ambos padres y, al mismo tiempo, que lo excluya de las relaciones conyugales.” (Eguiluz, 2003, pág. 2) Para que el niño alcance un desarrollo psíquico adecuado, esta diferenciación entre el subsistema conyugal y parental, es de suma importancia, ya que así, no habrá confusiones entre roles, límites y funciones que cumplen cada uno de los miembros de la familia.

Al llegar a conformar este subsistema en el hogar, se deben tener muy claros los acuerdos de los que se ha hablado anteriormente. Estos acuerdos básicamente tienen relación con la educación de los niños, los límites que van a trazar para la misma y las consecuencias que deben cumplirse al no respetar dichos límites. Si una familia tiene claramente definido todo esto, la convivencia será más fácil y llevadera, habrán reglas claras en el hogar y cada uno de los miembros las respetará para mejorar cada día más, el ambiente familiar.

2.4.3 Subsistema Fraternal

Este sistema se conforma desde la llegada del segundo hijo a la familia. En el mismo se aprenden varias habilidades sociales, que servirán como ejemplo, para que los niños puedan relacionarse con sus pares. “Se lo podría describir como un laboratorio social donde los niños aprenden a experimentar relacionarse con sus iguales, a lograr amigos y aliados, a guardar las apariencias cuando ceden y a obtener reconocimiento por sus habilidades.” (Eguiluz, 2003, pág. 2)

Es dentro de este subsistema donde los niños adquieren pautas para relacionarse con los niños de su edad, donde aprenden a compartir, a ceder y a perder ciertas cosas por lograr fortalecer ciertos lazos. Los niños aprenden a defenderse, mostrar su opinión, defender su punto de vista y respetar al otro.

Pero a la vez, el subsistema conyugal representa un modelo para el subsistema fraternal. Un modelo básicamente de respeto; varios padres no logran entender porqué sus hijos se pelean tanto, cuando es en realidad, el modelo que tienen de relacionarse del subsistema conyugal.

Para realizar una aproximación del enfoque sistémico, principal enfoque de esta disertación, ha sido necesario realizar una revisión acerca de las principales teorías, conceptos y axiomas que forman la base del mismo. A continuación se abordará la problemática principal de esta disertación, los cambios que se producen en las relaciones familiares cuando hay un miembro con TDAH.

2.5 LA FAMILIA ANTES DEL DIAGNÓSTICO

A continuación se transcribirán testimonios de madres de niños con TDAH. Por supuesto, los mismos son emitidos por las personas que les rodean, o por ellas mismas antes de conocer el diagnóstico del trastorno. Sin duda alguna, es muy difícil enfrentar con todos estos comentarios, con reportes negativos acerca del desarrollo de los niños, de su comportamiento en el aula e incluso en el patio del recreo. Usualmente, son los maestros quienes detectan ciertos síntomas en los niños y se los transmiten a sus padres, en la mayoría de ocasiones, es recién en ese instante en el que los padres conocen la problemática del niño, en otros casos, los datos que dan los maestros, son nada más que la constatación de lo que está pasando en casa.

“¿Por qué tu hijo Manuel es tan desobediente?’, me preguntaban mis hermanos. Yo sentía pena de tener un hijo así. Lo expulsaron de tres escuelas, sus maestros lo calificaban como ‘el típico niño problema’: responde cuando nadie le pregunta, es muy descuidado con su arreglo personal, su trabajo es muy sucio, es impaciente, impulsivo y no tiene tolerancia a la frustración. Podrán expulsarlo de la escuela, pero yo jamás lo correré de mi casa. Mi esposo me dice que yo soy la culpable porque lo consiento demasiado, pero en realidad maltrato mucho su autoestima. Le grito, me desespero y hasta un bofetón ya le di por respondón”.
(Rosas, 2008, pág. 10)

“Su hijo raya el cuaderno de los demás; se mete por debajo de las bancas y corta con tijeras las agujetas de sus compañeros, o se tira en el suelo a gritar. Una vez, a la mitad de la clase se volteó de espaldas a la maestra y subió los pies a la banca del compañero de atrás”
(Rosas, 2008, pág. 1)

“Recuerdo que un día llegué a la hora de la salida a recoger a mi hijo y una señora me dijo: ‘ahí te buscan’. ¿Quién?, le pregunté. ‘La mamá de un compañero de tu hijo que ya está fastidiada de tanto que molesta al suyo. Llegó muy enojada a preguntar si alguna de quienes estábamos ahí era la mamá de Patricio’.” (Rosas, 2008, pág. 5)

Pero ¿qué es lo que le está sucediendo al niño? ¿Por qué parece que no escucha o que hace exactamente lo contrario a lo que se le dice? ¿Por qué causa tantos problemas en la escuela y en la casa? ¿Qué es lo que los padres han hecho o no han hecho por él?

Estas y muchas otras preguntas rondan constantemente en la cabeza de padres y maestros. El no tener una idea clara acerca de lo que le sucede al niño, suele causar malestar y un sentimiento de incompetencia en las personas que le rodean, en especial en los padres. Este malestar los lleva a cuestionar sus roles, los límites que imponen y sus funciones como principales educadores del niño, incluso a sentirse cuestionados por maestros y otros miembros de la familia.

Es ahí cuando los padres no saben qué hacer, cómo actuar frente a estos “comportamientos inadecuados”. Poco a poco la paciencia y la objetividad para actuar en ciertos casos se van eliminando, llegando al punto de percibir las conductas de los niños como algo intencional y planeado por parte de los pequeños para hacer enfadar a sus padres, para no obedecerlos. Todo este panorama nubla la realidad, los síntomas que presenta el niño no son vistos como tal, sino como “malcriadeces” o “desobediencias”, produciendo sentimientos de ira y enojo en los padres, posiblemente como una consecuencia de no cumplir sus sueños.

“Cada cónyuge aporta al matrimonio su representación cognitiva ideal de cada hijo que nace dentro del sistema familiar. La percepción que se tiene de cada hijo depende de diversos factores. Por ejemplo, el sexo del niño, su aspecto físico, su orden de nacimiento, los sueños, las esperanzas, aspiraciones y conflictos personales de los padres, etc., son todos factores que influyen en la construcción del ideal del progenitor respecto de un hijo determinado. Además, cada ideal se acompaña de ciertas expectativas relativas a los roles y guiones específicos. De todos los hijos se espera que cumplan estos roles y representen los guiones que les corresponden, a efectos de ajustarse al modelo que tiene cada progenitor de la familia ideal.” (Bagarozzi & Anderson, 1996, págs. 259-260)

Al inicio del matrimonio, es muy necesario que cada pareja realice un plan de vida, debe ponerse de acuerdo en muchas cosas que respecta a la vida diaria y a la crianza de los niños.

Este plan también se crea a base de ilusiones y representaciones que cada cónyuge tendrá acerca de los niños que desean tener en un futuro. Dichas ilusiones y representaciones, no son nada más que un fruto de la experiencia previa, de la misma historia de los padres y del deseo de cada uno en cuanto a tener un hijo se trata. Se empiezan a construir sueños y muchas expectativas en torno a un nuevo miembro de la familia. Pero cuando un hijo no cumple dichas expectativas, los padres experimentan un sentimiento de derrota e injusticia, no logran entender por qué les está sucediendo aquello. Llegando a ubicarse en un lugar de víctimas de la situación provocada por los comportamientos del niño, les transmiten este sentimiento de derrota y llegan a producir en los pequeños un sentimiento de culpa por no poder ser y cumplir lo que sus padres consciente e inconscientemente les están pidiendo que sean.

“Cuando detectamos y aceptamos que nuestros hijos tienen algún problema el choque es brutal. Como papá o mamá nunca está preparado para aceptarlo, siempre tienes un modelo de niño perfecto y nuestras expectativas sobre ellos son altísimas. Cuando te dicen lo que tiene tu hijo te sientes muy mal y preguntas: ‘¿por qué me pasa esto a mí?’, expresa la madre de un niño de nueve años de edad con TDA.” (Rosas, 2008, pág. 6)

Todo este enojo que llegan a sentir los padres, los lleva a retirar toda muestra de cariño a los niños, siendo muy duros con ellos, en lugar de poner límites y reglas claras, al extremo de alejarse de los niños y reemplazando dicho cariño por castigos tanto privativos como físicos, culpándolos del malestar ocasionado en la escuela y en el núcleo familiar. El panorama luce muy sombrío, sin siquiera una pista acerca de lo que puede estar ocurriendo, cada día las relaciones entre los miembros de la familia se resquebrajan un poco más. Las conductas del niño “vuelven locos” a los padres y las reacciones de los mismos desconciertan al niño, lo hacen sentir mal y su autoestima disminuye de a poco. Es importante mencionar que al igual que todos los sistemas, en el sistema familiar, se da una retroalimentación, la conducta del niño como se ha dicho, afecta a todos los miembros de la familia y a su vez dichas conductas son afectadas por las conductas de cada uno de ellos.

“Me siento tan cansada de repetirle una y otra vez que no haga esto o aquello, que mejor me di por venida y ya no impongo límites a mi hijo” (Rosas, 2008, pág. 51)

Si es que se toma el axioma de Watzlawick, de la Teoría de la Comunicación Humana, que nos dice que es imposible no comunicar, se puede decir que el niño con TDAH intenta comunicar algo con sus conductas, pero se pueden interpretar dichas conductas como intentos fallidos por comunicarse. ¿Qué es lo que el niño con TDAH intenta comunicarnos? ¿Qué es lo que se le está comunicando al niño?

Los niños no obedecen a la autoridad en casa, ya sea al padre o a la madre, esto es interpretado por los adultos como “no dar lugar a las jerarquías formadas en la familia”; los padres se empiezan a cuestionar de la fortaleza de dichas jerarquías y cada vez hay menos interés en poner reglas y límites a los niños, cuando en realidad estos niños necesitan reglas claras y un acompañamiento más acentuado de sus padres, que otros niños en la misma etapa de desarrollo.

“Con los padres se puede dar el siguiente escenario: el niño hace algo inadecuado, por no pensar en las consecuencias. Los padres lo retan. El niño se corrige. A los cinco minutos se le ocurre hacer lo mismo y lo hace impulsivamente. Los padres lo disciplinan, quizá gritando. El niño no percibe lo que él hizo para generar el problema y se siente injustamente tratado.” (Barnathan, 2004)

¿Dónde está el error? ¿Por qué el niño continuó haciendo lo que explícitamente se le pidió que no haga?

Como se ha dicho, “la impulsividad es la incapacidad no premeditada del sujeto para controlar sus actos. Ser impulsivo significa ACTUAR en lugar de PENSAR, hacer antes de pensar en qué quiero hacer y por qué lo quiero hacer.” (Gratch, 2009, pág. 14) Comúnmente, la mayoría de padres de niños con y sin este trastorno, suelen cometer un grave error: culpabilizar al niño de la conducta no deseada, castigarlo y pedirle que no lo vuelva a hacer. Pero no se le explica al niño qué fue lo que hizo mal, por qué aquello que hizo está mal y sobre todo por qué no tiene que volver a hacerlo. Se centran más en juzgar la conducta del niño, pero se olvidan de dar una razón de por qué esa conducta es inadecuada y qué es lo que se espera de ellos en esa situación en específico. Los niños con TDAH se caracterizan

por actuar impulsivamente, y si es que el adulto que está a su cargo, ya sean padres o maestros, no se toman el tiempo de explicarles lo sucedido y de ayudarles a reflexionar acerca del error que cometieron y la consecuencia que se le está imponiendo, el niño no va a poder tener una visión objetiva de lo que pasó y mucho menos podrá detenerse a pensar en la siguiente ocasión, antes de actuar impulsivamente. Entonces se puede asegurar que el niño no está entendiendo la comunicación del otro, por lo tanto, su comunicación tampoco tendrá mucho sentido para el resto de miembros de la familia.

En términos sistémicos, en este tipo de comunicación, antes del diagnóstico, se encuentra una retroalimentación negativa, haciendo que la conducta del niño perdure y no exista un límite marcado para eliminar la misma. Este comportamiento empieza a formar parte del diario vivir en las familia con un miembro con TDAH, llegan a acostumbrarse a dichas conductas, ya que así se suman en una especie de estabilidad del sistema, sin ningún cambio que pueda afectar positivamente al mismo.

“Cuando existen situaciones de desequilibrio del sistema, es habitual que los miembros de la familia consideren que los otros miembros no cumplen con sus obligaciones. Aparecen entonces requerimientos de lealtad familiar y maniobras de inducción de culpabilidad.” (Minuchin, 1999, pág. 87) El sistema familiar entonces, empieza a desequilibrarse, a no encontrar la respuesta a muchas preguntas y a quedarse sin herramientas para sobrevivir con una situación extraña al sistema. Siendo la solución más fácil y más rápida buscar un culpable al problema que está desestabilizando a la familia. Se busca el culpable de quién pone y sobre todo, de quién no pone las reglas y límites al niño. Los padres suelen culpar a las madres de ser muy permisivas con los niños, de no poder poner reglas o consecuencias a lo que los niños hacen, de dejarlos hacer lo que ellos quieran y sobreprotegerlos; por otro lado, las madres llegan a culpar a los padres de consentir mucho a los niños, ya que por razones laborales, no pasan mucho tiempo con ellos y les cuesta poner límites, pero no logran entender que el buscar culpables no ayuda a solucionar el problema o a darle un mejor estilo de vida a los pequeños, el buscar culpables viene acompañado siempre de muchas discusiones, malentendidos y desacuerdos entre los padres. Si es que no se actúa rápido y no se busca ayuda de un profesional externo, dichas discusiones pueden llevar a la pareja a situaciones extremas como un divorcio.

Otra consecuencia grande en las relaciones familiares, es la permeabilidad de las fronteras entre los subsistemas, esto se ocasiona ya que las parejas dejan un lado su rol, su cercanía por ocuparse de una manera más personalizada y de extra tiempo a la tarea de ser padres, ocasionando un desgaste físico y emocional, al final del día, lo único que quieren los padres es tomar un descanso del torbellino de actividades que tienen que realizar con sus niños.

Es muy importante que el subsistema conyugal fortalezca constantemente su relación, ellos, son los constructores del sistema familiar. Las relaciones estables ayudan mucho a los niños que tienen dificultades, ya que verán que siempre existe apoyo en la pareja y desde la pareja hacia los hijos.

Hay muchos factores relacionados con el TDAH que modifican las relaciones familiares, conductas que están fuera de lo "aceptado" empiezan dicha modificación y desequilibran al sistema familiar, el mismo que debe empezar a amoldarse a la nueva situación, pero para lograr que el sistema busque nuevas respuestas ante las nuevas circunstancias, hace falta algo que explique lo que sucede con el niño: el diagnóstico.

2.6 LUEGO DEL DIAGNOSTICO. ¿QUÉ SUCEDE?

¿Qué es lo que está sucediendo? ¿Por qué los niños parecen estar fuera de control? ¿Qué pueden hacer los padres para modificar el sistema y que el mismo logre encontrar estabilidad?

"Me desesperaba mucho no saber qué le pasaba a mi hijo. Era muy activo, distraído, dejaba a la mitad la tarea, no podía jugar solo pero tampoco podía compartir juegos con otros niños. Era imprevisible en sus actos y no consideraba los riesgos; su hiperactividad lo exponía permanentemente al peligro, corría en lugar de caminar, golpeaba a otros niños sin motivo" (Rosas, 2008, pág. 6)

Este testimonio de una madre de un hijo con TDAH, demuestra ansiedad, desesperación, preocupación y un sentimiento de estar atada de manos al no poder hacer nada por ese niño.

La situación problemática puede continuar hasta que los padres se lleguen a movilizar por encontrarse con un límite. La posibilidad de manejar solos dicha situación empieza a desaparecer y es necesaria la intervención de un profesional externo.

“La mayoría de padres llegan a este momento fatídico cuando se dan cuenta de que los problemas de su hijo exceden los recursos de la familia y de la escuela para resolverlos, y cuando la frustración ha llegado a su punto máximo a causa de todos los esfuerzos que han hecho por ayudarlo o por conseguir ayuda.” (Barkley, 1999, pág. 127)

Los síntomas del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad descritos en el primer capítulo empiezan a ser evidentes en un miembro de la familia, tanto en la escuela como en casa. Los padres desesperados y en búsqueda de ayuda, intentan recopilar toda la información posible para poder darle una explicación a lo que está sucediendo. Consejos de amigos y parientes cercanos suelen ayudar para reducir un poco su ansiedad, pero a la final se darán cuenta que dichos consejos no serán suficientes para obtener una solución a las dificultades dentro del sistema familiar.

Tal vez tengan acceso a artículos en libros o en el internet y tendrán la impresión de que aquel artículo está describiendo de manera puntual a sus niños. Pero lo mejor que pueden hacer los padres por sus hijos es consultar a un profesional quien pueda orientarlos de la mejor manera para lograr brindar al pequeño una mejor calidad de vida.

Es ahí cuando la familia empieza a tener una relación más directa con el medio externo, ya que las dificultades por las que va a atravesar durante y después del diagnóstico, la lleva a tener un intercambio continuo con profesionales externos y con la institución educativa de la que es parte el niño. Es decir, la permeabilidad de las fronteras familiares constituye una influencia en la familia para que la misma llegue a adaptarse a la enfermedad, mediante la comunicación y la interacción de los profesionales que realizan el respectivo diagnóstico y tratamiento.

2.7 REACCIONES DE LOS PADRES FRENTE AL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Se ha especificado ya, la información necesaria acerca de los profesionales que realizan la evaluación y de los tratamientos que han surtido mayor efecto en los niños diagnosticados con TDAH. Después de una evaluación exhaustiva, y si el niño evaluado ha sido diagnosticado con TDAH, los padres deben empezar a actuar de inmediato en conjunto con los profesionales y la institución educativa, en son de buscar estrategias para un mejor desarrollo del niño en todas sus áreas.

Se detallará a continuación las reacciones más comunes en los padres y la influencia del trastorno en las relaciones familiares. Barkley describe cinco reacciones posibles frente al diagnóstico del TDAH, llegando a la conclusión de que esa reacción es muy importante al momento de adaptarse al trastorno de su hijo.

2.7.1 Negación

Generalmente los padres reaccionan negando la “etiqueta” de su niño, incluso no logran entender la base neurológica del trastorno. Esta reacción es muy común cuando los padres no tienen una idea muy clara acerca de las dimensiones del trastorno y cómo llega a influir en el desarrollo del niño y en la familia.

“Muchas veces, a pesar de todo lo que nos cuentan, las madres suelen negar que su hijo padezca el trastorno. Sin embargo, en ocasiones la negación del padre es mucho mayor y eso representa uno de los principales obstáculos para el tratamiento”, indica Alejandra Tena, psicóloga infantil. (Rosas, 2008, pág. 24)

“Esta reacción también suele ser natural cuando los padres son los últimos en saber el diagnóstico, niegan o minimizan su importancia hasta que puedan reevaluar la información que están recibiendo y lleguen a ver con sus propios ojos los problemas de su hijo.” (Barkley, 1999, pág. 149) Esto sucede ya que la mayoría de síntomas son detectados en la escuela, debido a que es ahí donde los procesos básicos para el aprendizaje se ponen en juego; en la

escuela, el niño necesitará de más atención para lograr realizar sus actividades de la mejor manera, escuchar indicaciones, ejecutarlas y presentar los trabajos requeridos en el tiempo necesario.

A la vez, la negación se presenta como producto de no haber cumplido las expectativas y sueños que los padres tenían hacia sus hijos. No pueden creer que el niño tenga algún tipo de deficiencia y que no pueda realizar con “normalidad” las actividades diarias, y sobre todo que necesite obligatoriamente la ayuda de otra persona fuera de la familia.

2.7.2 Alivio

Después de pasar mucho tiempo sin saber qué es lo que le sucedía al niño, muchas familias tienen un buen grado de aceptación ante el diagnóstico del trastorno. Lo toman como una respuesta que se ha estado buscando sin descanso, las preocupaciones que formaban parte de su vida tienen un nombre y esto los lleva a solicitar la ayuda necesaria para su hijo.

“Estas familias agradecen el alivio que supone liberarse del peso de la duda y de la culpa que a menudo sienten.” (Barkley, 1999, pág. 149) O de la búsqueda de culpables que muchas familias suelen experimentar al iniciar el cuadro sintomático del niño, creyendo que uno u otro de los padres ha sido el que produjo el problema del niño. Luego del diagnóstico, ya tienen la certeza de que ninguno de los dos es el culpable de las conductas del pequeño, y pueden entender que este trastorno tiene una base neurológica y que no son actos de voluntad o malcriadez de su hijo.

María Rosas, la autora del libro “Mi hijo tiene déficit de atención”, nos transmite que

“a ningún padre le resulta placentero enterarse de que su hijo sufre algún padecimiento, aunque los padres de los niños con TDAH reciben la noticia con tranquilidad, ya que por fin saben qué es lo que les está sucediendo a sus hijos, teniendo la certeza de que los síntomas que se presentan no son por su culpa, por el hecho de no imponer límites ni por su debilidad de carácter.” (Rosas, 2008, pág. 30)

2.7.3 Ira

En varios casos de TDAH, los profesionales que los han atendido no tienen las herramientas necesarias para poder brindar la información que los padres requieren. Llegan a culparlos por lo que está sucediendo, no se les explica que el trastorno tiene también un origen neurológico. Cuando los padres se enteran de esto, es muy natural que reaccionen con ira frente al profesional que no supo manejar de manera adecuada el diagnóstico y el origen del mismo.

Pero este sentimiento puede originarse también, cuando los padres han estado buscando ayuda por mucho tiempo y se les ha indicado que nada está sucediendo, que el niño está bien, que son posibles exageraciones o una etapa que “algún rato se le pasará”, la impotencia de ver el tiempo perdido, de no poder recuperarlo para actuar rápido y así, tener un mejor diagnóstico.

2.7.4 Pena

Barkley considera algo normal y natural que la reacción de ciertos padres sea la pena, ante el diagnóstico del TDAH de un hijo.

“Cuando a un padre se le comunica que su hijo sufre determinada discapacidad, es habitual que se entristezca por haber perdido la condición de normalidad.” (Barkley, 1999, pág. 150) ¿Qué es lo que se quiere decir con esta “condición de normalidad”? Sin duda, se puede retomar el hecho de que cada pareja al empezar a formar un hogar, va creando y construyendo expectativas acerca de lo que desea tener en un futuro. Como es de esperarse, todas las parejas harán todo lo posible por cumplir dichas expectativas, hacerlas realidad y mediante las mismas ir forjando una “familia ideal”. Cuando uno de los miembros de la familia, es diagnosticado con el trastorno, estas expectativas no se ven cumplidas. Aparte del enojo que pueden llegar a sentir los padres, en cierto momento, un sentimiento de pena llega a inundarlos, ya que creen que a raíz del diagnóstico, sus hijos no pueden realizar ciertas actividades como las realizan otros niños de su edad.

Paralelamente, empiezan a establecerse conductas de sobreprotección, creyendo que los niños “son incapaces” de desarrollar las actividades diarias, empiezan a realizarlas por ellos, no les permiten intentar, reducen sus responsabilidades e incluso llegan a hacerlos sentir inútiles. A pesar de que el niño padezca este trastorno, los padres tienen que saber que su hijo puede realizar todas las actividades por su cuenta, de hecho, necesita sentirse más apoyado por su familia, y no en el sentido de “darle haciendo las cosas”, sino que necesita que se confíe más en él y que se le ubique en un lugar adecuado dentro de su sistema familiar; con responsabilidades, obligaciones y derechos iguales a las de sus hermanos.

Para poder convertir este sentimiento en algo más productivo para el niño, el sistema necesita en primera instancia de tiempo para adaptarse a la nueva realidad, pero también de un apoyo terapéutico, no solo para el niño sino para todos los miembros de la familia. Así, podrán dar un giro y un nuevo significado a lo que se está realizando con el niño. Las nuevas conductas de los miembros de la familia, modificarán las conductas del niño y así, el diagnóstico contará con un mejor pronóstico.

En otros países, existen grupos de apoyo para padres de niños con TDAH, estos grupos representan una fuente de asesoramiento y un lugar donde los padres pueden contar sus experiencias, como un tipo de catarsis. Ayuda mucho a reducir la ansiedad, a encontrar respuestas a varias preguntas y a aprender un poco más acerca el trastorno y todo lo que el mismo conlleva. Los padres encuentran personas que pueden entender su situación sin llegar a ser juzgados.

2.7.5 Aceptación

Podría decirse que esta reacción es la más deseable ante el diagnóstico del TDAH, pero no solo implica aceptar el diagnóstico, sino también aceptar lo que su hijo es y en lo que puede llegar a convertirse, aceptar que puede llegar a tener ciertas limitaciones, y que deben ayudar a desarrollar otras áreas en él, tomando en cuenta sus capacidades y habilidades; pero no deben olvidar que el niño sigue siendo una persona que necesita el apoyo de sus padres, como un componente importante para poder encontrar estabilidad. Dado este paso, la visión de los padres acerca del trastorno es distinta, las reacciones de los mismos

empiezan a cambiar, y con ellas, el sistema empezará a modificarse y a trabajar en conjunto por el miembro que requiere de más acompañamiento.

La aceptación permite que los padres se movilicen de manera más activa y empiecen a buscar varias alternativas para su tratamiento, siempre pensando en el bienestar del niño dentro y fuera del sistema familiar.

Pero si los padres no llegan a aceptar lo que está sucediendo con el niño, la frustración, ira e intolerancia seguirán creciendo y afectarán al desarrollo del niño, llenándolo de presiones que no le permiten brindar lo mejor de sí; afectando sin duda a su autoestima. Los niños con TDAH, más que otros niños sin el diagnóstico, necesitan continuamente que se trabaje sobre su autoestima, tema que se tratará más a fondo en el tercer capítulo de la disertación.

Estas reacciones dependen de varios factores como son el momento en que se diagnostica al niño, el grado de permeabilidad de las fronteras familiares, y las capacidades del sistema para lograr solucionar conflictos y acomodarse a las nuevas situaciones que vienen con los mismos. Pero el futuro desarrollo del niño, depende indudablemente de las reacciones de los padres ante el trastorno, ya que las mismas se transmiten a los niños; la comunicación se da en dos niveles, analógico y digital, de igual manera, dichas reacciones se presentarán en aquellos niveles, los cuales el niño será capaz de entender. Por esta razón, es importante que los padres se asesoren continuamente para poder ser una mejor guía para sus hijos.

2.8 SUBSISTEMAS FAMILIARES. ¿CÓMO AFECTA EL TRASTORNO A LOS MISMOS?

Los niños no se desarrollan sin el contacto de los otros y la interacción con los mismos, como son sus padres, hermanos, abuelos, tíos, primos, etc., y la sociedad en general. De igual manera, el niño con TDAH tiene varios espacios en los cuales desarrollarse. En este punto se revisará información acerca de los subsistemas que influyen en la evolución del niño y viceversa.

2.8.1 Subsistema parental

En un principio, los padres suelen encontrarse desesperados por no saber a ciencia cierta, qué es lo que ocurre con sus hijos. Buscan consejos en amigos y parientes, encuentran en el internet una fuente de información, que no siempre es la adecuada, se repiten a sí mismos frases como “pero yo de pequeño era así” “mis padres tampoco sabían qué hacer conmigo” “solo son travesuras, cosas de niños” “ya se le pasará”, frases que solo pueden aliviar su angustia por unos instantes, pero una pregunta estará latente: “¿Y si no es solo una faceta y le está ocurriendo algo más?”.

Tal vez esa sea la pregunta que inicie una serie de acciones a favor del niño, ya no solo será una búsqueda superficial de explicaciones o respuestas, esta búsqueda será científica, empezarán a consultar a médicos, empezando por el pediatra del niño y deberán continuar con los especialistas adecuados para realizar una evaluación. Pero el aceptar el hecho de que el niño necesita una evaluación es un paso muy grande en sus padres. Es el hecho de aceptar que la solución está fuera de sus manos y que la ayuda que necesitarán de ahora en adelante será la de profesionales especializados en niños.

Para que todo esto ocurra, es necesario que los padres puedan tomar conciencia del problema. Y no sólo en cómo éste afecta al niño en lo académico, sino en cómo lo afecta en su sistema familiar, su desarrollo emocional y en cómo la familia se está viendo afectada por las “conductas problema” del niño. Ante las quejas de los maestros en la escuela, y un sentimiento de fracaso tanto en padres como en maestros, el sistema familiar empieza a desequilibrarse. Todas las estrategias que en un principio servían, parecen no funcionar, no hay castigos o estímulos que puedan cambiar la situación.

Reclamos, gritos e incluso maltratos llegan a ser algo común en las familias con un miembro diagnosticado con TDAH. “La mala conducta del niño hiperquinético suele ser motivo de frecuentes pelias en la pareja parental, a punto tal que algunos afirman que el porcentaje de divorcios en estas familias es mayor que en las demás.” (Gratch, 2009, pág. 129) La energía y la paciencia dentro de este sistema, se van desgastando de a poco, si es que antes ya atravesaban por problemas, para muchas parejas, esta situación no es más que una excusa para evitar acercarse y en muchas ocasiones llegar al punto de la disolución del matrimonio.

“Casi nada en la vida de un niño con déficit de atención es estable. La unión de sus padres lo debe ser. El matrimonio le sirve mucho al niño y nunca debe ser sacrificado.” (Rosas, 2008, pág. 60)

Las fronteras entre padres e hijos son cada vez más permeables y frágiles, ya que por las características de los niños con TDAH, los mismos requieren más supervisión de sus padres y más acompañamiento en las tareas que realizan. Las interacciones de los niños con TDAH con sus madres suelen ser muy intensas y dependientes que las de los niños sin el trastorno, piden más ayuda, están en mucho más movimiento y hablan mucho más.

“Al tratarse de niños de crianza difícil, por la agotadora y reiterada frustración que sienten sus madres en los intentos de contenerlos y organizarlos, ellas suelen experimentar una crónica frustración y una sensación de fracaso en el ejercicio de su función, que pueden generar frecuentes cuadros de depresión o disputas familiares.” (Gratch, 2009, pág. 128)

Como se puede ver, no solo la autoestima del niño resulta herida con este trastorno, sino también la de los padres. La herida narcisista que causa en los padres el enterarse del diagnóstico del niño, es producida básicamente por una contradicción del deseo de los padres y la realidad del niño, y se entiende como el no poder cumplir sus sueños a través de los hijos.

“Esto hace que sufran una profunda angustia y confusión, con sentimientos muy encontrados, que tienden a rechazar y anular la discapacidad del niño, con una necesidad comprensible de negar y hacer desaparecer en ese pequeño tan esperado todo lo que en él cause dolor y muestre desventajas.” (Guardado, 2007)

Los padres convierten a los niños en personas inútiles, ya que no se les deja hacer nada, simplemente están ahí, como dirían ciertos padres provocando malestar a los otros, especialmente a ellos. Todo esto suele convertirse en la causa de cuadros depresivos en los padres, pero en mayor medida, en las madres, debido a que son ellas las que pasan más tiempo con los niños y los mismos suelen crear más dependencia en ellas que en sus padres. El verse sin alternativas, sin respuestas y sin acciones concretas frente al problema de sus hijos, empiezan a deprimirse por la cantidad de presión que la familia, los maestros y la sociedad en general ejercen sobre ellas.

Por otro lado, los estudios de Barkley confirman que “los niños con TDAH suelen ser menos negativos con sus padres y se dedican más a una tarea que cuando están con sus madres, posiblemente porque ellos razonan y repiten menos las órdenes y puede que impongan un rápido castigo por no obedecer.” (Barkley, 1999, págs. 117-118) Esto, según Gratch, “puede ser una consecuencia de una presencia menos constante del padre en el ámbito familiar, produciendo un efecto más intimidatorio en el niño, quien, por temor, logra contener temporariamente la impulsividad.” (Gratch, 2009, pág. 128)

Antes del diagnóstico del trastorno, y sin un debido asesoramiento de los padres, esto no es analizado debidamente por los mismos y más bien se lo toma como una falta de firmeza en las madres, como una forma de sobreprotección y el uso de estrategias no adecuadas en la crianza de los niños, convirtiéndolas en las principales culpables de lo que sucede con el niño.

Por estas razones, la pareja, como primeros formadores de los niños, necesita no solo del apoyo de gente externa al sistema familiar, sino del apoyo mutuo, de palabras de aliento y cariño para poder enfrentar esta nueva situación dentro del sistema. Esto no solo ayudará a mantenerlos unidos, sino que brindará un ambiente más seguro y estable al niño y será más fácil poder superar las dificultades que se le vayan presentado, ya que tendrá siempre el apoyo de sus padres.

2.8.2 Subsistema fraterno

Este sistema constituye la base en la que los pequeños aprenden a relacionarse con sus iguales, compartir, defenderse y solucionar problemas relacionados a su edad. Los niños con este trastorno, suelen presentar ciertas dificultades en cuanto a su relación con los otros.

“Los niños con TDAH discuten más, juegan de forma más alborotada, gritan más a sus hermanos y tienen un comportamiento inadecuado o hacen travesuras; así, no es raro que el conflicto sea mayor de lo normal.” (Barkley, 1999, pág. 118) Por esta razón, el modo de relacionarse con sus hermanos podría resultar conflictiva si es que los padres no manejan de modo correcto la situación, incluyendo al niño con TDAH en todas las actividades del hogar, sin favorecer al uno o al otro, llevando de manera justa la situación, y aplicando las mismas

reglas y consecuencias dentro del hogar para todos, entregando responsabilidades a cada uno y demostrando cariño y aceptación a todos sus hijos.

“Hermanos y hermanas crecen cansados y exasperados por vivir en este ambiente disruptivo y confuso, llegando a tomarse a mal la gran carga de trabajo que, a menudo, soportan comparados con sus hermanos hiperactivos.” (Barkley, 1999, pág. 118) Cuando en la familia existe un miembro con TDAH y es el hijo mayor, usualmente al dejarlo solo con su o sus hermanos, esto representará un caos, ya que el mismo no puede cumplir con ciertas funciones del hijo mayor, como responsabilizarse por el cuidado de sus hermanos menores en ciertas ocasiones. Gratch asegura que “la impulsividad y el alto umbral al dolor que caracteriza a estos niños, los puede llevar a jugar de una manera brusca y a imponer castigos físicos al hermano menor.” (Gratch, 2009, pág. 130) El hermano menor poco a poco sentirá que no es apoyado por sus padres, que su hermano es el “preferido” y que él no tiene un lugar en el sistema familiar, lo que puede ocasionar, que el niño empiece a alejarse del sistema y deje de formar parte de ciertas actividades que se realicen. Por otro lado, si es el hijo menor el que padece el trastorno, el hermano mayor suele sentirse frustrado al no poder controlarlo con ciertos métodos, por lo que suelen recurrir al uso de castigos físicos para poder mantener dominio de la situación; además sentirá que su situación es injusta, ya que muchas veces verá que a su hermano menor se le permiten que incumpla las reglas en más ocasiones que a él.

En ambos casos, como se puede observar, los castigos físicos y la violencia con sus hermanos, suelen ser utilizadas, en el primer caso, más como un intento de comunicación con ellos (sin que esto llegue a significar o a representar una comunicación positiva y acertada), pues los juegos bruscos están comunicando algo que el niño no puede decirlo de forma verbal; y en el segundo, como una estrategia para lograr controlar a sus hermanos pequeños con TDAH. Esto, sin duda alguna, ocasionará dificultades con el subsistema parental, pues los mismos no permitirán ningún tipo de agresión entre sus hijos, y esta situación creará un clima lleno de tensiones en el sistema familiar, no solo entre hermanos, sino también entre padres.

Es de gran importancia, que tanto al hermano mayor o menor, se le explique debidamente, las razones por las cuales los padres, en ciertas ocasiones, dedicarán mayor tiempo y energía al niño con TDAH, ya que esto puede causar conflictos entre hermanos, llegando a provocar en ellos un sentimiento de abandono, volviendo más difícil la situación en el hogar. A la vez, se debe recordar a los padres que cada niño necesita un tiempo para él, donde se puedan realizar las actividades con las que se identifique de mejor manera y en el que puedan compartir con sus padres sin tener que dividir dicho tiempo con su o sus hermanos. Pero no debe olvidarse que hay que encontrar espacios en los que se pueda compartir en familia, y enseñar a los niños ciertas claves para poder convivir sin mayores dificultades, apoyándose mutuamente e intentando brindarle un ambiente estable al niño diagnosticado.

Por estas razones, es muy importante que el diagnóstico y el tratamiento sean manejados de la mejor manera dentro del sistema familiar, asesorándose siempre de cómo sobrellevar las dificultades que puedan surgir a partir del diagnóstico del TDAH, reorganizando en todo momento al sistema familiar para que el mismo pueda adaptarse a las distintas fases del trastorno.

2.8.3 Familia extensa

La bibliografía no especifica mucho sobre cómo se modifica la relación del niño con los otros miembros de la familia como los abuelos, tíos o primos.

Acerca de los abuelos, María Rosas, nos dice que existen dos posibles reacciones contradictorias. La primera puede ser que los abuelos no acepten el problema por el que el niño está atravesando, aseguran que el niño es "normal", igual a los demás niños de su edad, lo justifican diciendo que los padres a esa edad eran iguales y que únicamente es una exageración de ellos, de la escuela y de los doctores acerca de las conductas del niño. La otra reacción, es argumentar que las conductas del niño son una muestra clara de su mala crianza, de sus pocos recursos como padres y que en sus "tiempos" ellos hubiesen corregido el problema con un par de correazos.

Se puede decir que la primera reacción representa básicamente una negación ante el problema, no pueden aceptar que sus nietos atraviesan por dificultades que van más allá de sus manos y que suelen pensar que se les ha quitado la condición de “normales”. Por lo que suelen volverse extremadamente sobreprotectores, llegando al límite de quitar autoridad a sus hijos sobre sus nietos, con frases como “no le hagas caso a tu papá” “déjalo es solo un niño” “no le hables, él está sufriendo”.

“Es posible que los abuelos les proporcionen una atención más personalizada que los padres y, probablemente, les harán menos demandas de autocontrol.” (Barkley, 1999, pág. 106) No muchos abuelos comparten el tiempo necesario con sus nietos como para entender que los niños están atravesando por una dificultad, que afecta al sistema familiar. En algunos casos, al verlos únicamente los fines de semana, los niños presentan una mejor conducta, ya que no los ven frecuentemente.

La segunda reacción, no es nada más que una falta de información acerca de lo que engloba el trastorno y un desconocimiento acerca de cómo se debe tratar a sus nietos. Para muchos abuelos, el castigo físico aún representa la solución a muchos problemas de conducta, ya que así, intentaron educar a sus hijos y tienen la certeza de que eso “les sirvió y les ayudó a cambiar”.

En cuanto a los tíos se puede decir que en varias ocasiones intentarán opinar acerca de la educación que sus sobrinos están recibiendo, comparándolos con sus hijos, si es que éstos no han sido diagnosticados con el trastorno. Es ahí cuando empiezan a cuestionar a los padres y los llegan a hacer sentir culpables de las dificultades del niño, si es que no se ha trabajado ya en el tema de la culpa, para que esto no llegue a afectar a los padres.

Posiblemente, la relación con sus primos pueda considerarse similar a la relación que tendrán con sus hermanos, pues la misma se reflejará en sus pares. Pueden llegar a experimentar varias peleas o conflictos debido a sus escasas habilidades sociales. Lo que potencialmente desemboque en un aislamiento del sistema familiar para evitar dichos conflictos con los miembros de la familia extensa.

2.9 EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD. ¿LO PODREMOS MANEJAR COMO FAMILIA?

Después de haber realizado la síntesis de la información obtenida sobre cómo influye el trastorno en las relaciones familiares, se puede decir que es de vital importancia considerar el papel de la familia tanto en el diagnóstico, como en el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, ya que así, se manejaría de mejor manera toda la tensión que dicho trastorno genera en el sistema familiar. La frustración, ira, enojo, resentimientos, culpa, angustia y otros sentimientos que se generan al haber un factor que desequilibre al sistema, pueden ser mejor conducidas y convertidas en acciones que beneficien al sistema familiar, y, sobre todo al pequeño que ha sido diagnosticado. En otras palabras, este diagnóstico, es una suerte de desafío a las capacidades con las que el sistema familiar cuenta, con esto se quiere decir que, el sistema debe aprender a adaptarse a la nueva situación, y no únicamente el subsistema parental, sino también el subsistema fraternal y otros miembros de la familia que interactúen constantemente con el niño.

El diagnóstico del trastorno rompe la homeostasis del sistema familiar, permitiendo que la dinámica del mismo se modifique mediante la retroalimentación positiva. Es por esta razón, que ya no se lo ve al niño como un problema sin solución, a partir del diagnóstico las comunicaciones del niño hacia su familia y viceversa empiezan a tener otro significado y a modificarse, es decir, la familia empieza a comprender al niño y a lo que le está sucediendo. Empiezan a entender que el trastorno no es culpa de los padres ni del niño, que tiene una base neurológica y sobre todo, que mediante el tratamiento adecuado y el apoyo de su familia y escuela, el niño puede evolucionar de manera positiva.

“El cambio se da por una doble vía: por la introducción de un tratamiento adecuado, que contempla la medicación y que modifica la conducta del niño, y porque cambia la atribución de significado de los padres a la interacción del niño.” (Barnathan, 2004) Al conocer el diagnóstico, los padres evitarán sus sentimientos de enojo, ya que sabrán que hay una causa más allá de la intencionalidad del niño de comportarse de esa manera. Las muestras de cariño van reduciéndose hasta llegar a desaparecer, ya que los padres confunden este

hecho con su obligación de poner reglas y límites claros a los niños. Poco a poco la vida del niño dejará de ser únicamente un cúmulo de castigos, sentimientos de culpabilidad y de angustia por no poder cumplir lo que sus padres le están exigiendo que sea, los mismos, con el tiempo empezarán a ver de forma distinta al niño y a reformular sus deseos y sueños sobre la vida de su hijo.

CAPÍTULO III: EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD DESDE UNA MIRADA EVOLUTIVA

3.1 EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD DESDE EL NACIMIENTO HASTA LA ADULTEZ. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL DESARROLLO.

Este trastorno tiene una base neuroquímica, por lo tanto, el mismo se mantendrá durante toda la vida del sujeto que ha sido diagnosticado. Hay que tomar en cuenta que el mismo se manifestará de distintas maneras en los diferentes ámbitos en los que se desarrolla el sujeto.

En el texto “Narrativas Maternas de Hiperactividad Infantil”, se investiga el origen del TDAH, en varios niños de origen colombiano, mediante entrevistas con las madres y el análisis de cada una de las historias. Al preguntar a la mayoría de madres acerca del embarazo de sus hijos, coincidían en haber llevado un embarazo no deseado, que en algunos casos, se había pensado en la posibilidad del aborto, pero que por ciertas circunstancias no pudieron dar un fin a dicho embarazo. También se habla de embarazos con cursos irregulares, sin el apoyo de sus propios progenitores o del abandono del padre del niño. “El niño en particular como una pequeña vida en crecimiento, se piensa como un ser muy sensible a este tipo de agresiones del mundo de los adultos. Su respuesta, así parecen afirmarlo estas madres, son la rebeldía, la indisciplina, la hiperactividad.” (Uribe & Vásquez, 2008, pág. 100) Por lo que se puede decir, que según este estudio, los niños diagnosticados con TDAH, atravesaron por dificultades desde su concepción, originados por el estado emocional de sus madres y por las circunstancias difíciles por las que tuvieron que atravesar las mismas hasta culminar su embarazo.

Las muestras más claras de este trastorno en la primera infancia (0-3 años) son las más mínimas alteraciones al sueño. Al tomar siestas en las tardes, pequeños ruidos o movimientos los despertarán y no podrán reconciliar el sueño tan fácilmente, en la noche la historia es la misma. “Los niños se disponen a ir a dormir a altas horas de la noche. En la casa todos están agotados y ellos podrían seguir en actividad por horas. Cuando finalmente se duermen, dan la impresión de caer exhaustos”. (Gratch, 2009, pág. 134)

Esta etapa será recordada por sus madres como una etapa muy difícil, sin contar con tiempo para ellas, sin tener mucho tiempo para descansar debido a las exigencias de sus pequeños que “parece que son más inquietos que otros niños”.

“Una vez que han conciliado el sueño pasan gran parte de la noche en movimiento, como si los invadiesen descargas eléctricas” (Gratch, 2009, pág. 135), hecho en el cual se puede constatar que los excesivos movimientos son una característica desde la más temprana infancia e incluso en situaciones en las que otros niños, usualmente, no presentarían este síntoma. Al día siguiente, se despiertan muy temprano, y la rutina continúa, realizan varias actividades, al mismo tiempo, hablan, corren, caminan, gritan, parecería que un motor incansable les brindaría tanta energía, descansan pocas horas y eso es suficiente para tener toda esa exacerbada actividad del día a día. Pero a la par, son bebés muy llorones, se frustran con facilidad y demandan todo el tiempo la atención de sus madres. “Las madres están exhaustas de satisfacer las necesidades de un bebé incansable y demandante, llorón y movedizo.” (Gratch, 2009, pág. 135)

Las dificultades no terminan ahí, también suelen ser niños a los que les cuesta seguir instrucciones, no escuchan a sus padres, no los obedecen, sus progenitores pueden llegar al punto de preocuparse por posibles lesiones auditivas, al no obtener una respuesta inmediata ante sus órdenes, como se puede ver en otros niños de esa edad. “Son muy impulsivos y descuidados, no piensan en las consecuencias de sus actos, es por esto que “tienen una marcada tendencia a sufrir accidentes, se lastiman con mucha facilidad” (Gratch, 2009, pág. 135), no consideran los riesgos físicos que pueden llegar a experimentar, cuando sus padres les advierten sobre algún accidente, simplemente no los escuchan y continúan jugando.

Su desatención no es de gran ayuda, ya que “tienen dificultad en aprender de las experiencias y tienden a cometer reiteradamente las mismas torpezas físicas.” (Gratch, 2009, pág. 135) Por lo que necesitan mucho más que otros niños, que sus padres estén al tanto de las actividades que están realizando y requieren de un mayor control de los mismos, sin rayar, claro está, en la sobreprotección.

En la siguiente etapa, la etapa preescolar (3-5 años),

“el niño tiene necesidad de explorar, conocer y actuar sobre el mundo que lo rodea y es a partir de allí que construye y avanza en sus conocimientos. El niño necesita tomar decisiones, planear y llevar a cabo acciones para así ubicar, dominar y controlar el ambiente que lo rodea.” (Preescolar, 2009)

Aunque los niños en la etapa preescolar, están constantemente explorando el mundo, aquellos niños que en un futuro presentarán un TDAH, son niños con una excesiva actividad motora, más que sus coetáneos, necesitan siempre hacer algo, no pueden quedarse quietos por un solo instante. “Dan evidencias de la imposibilidad de considerar las consecuencias de sus actos, así como de una curiosidad irrefrenable que es una manifestación más de sus tendencias impulsivas.” (Gratch, 2009, pág. 136) No se puede descartar, que durante los primeros años de vida y durante esta etapa (al iniciar el jardín de infantes), ciertos niños presentan ya los síntomas del trastorno, las conductas problema, causadas por estos síntomas deben ser extremas para poder dar un diagnóstico en esta etapa del desarrollo; estudios indican que los niños preescolares con síntomas asociados al TDAH, continúan manifestando dichos síntomas dentro de la etapa escolar y etapas posteriores. “Una identificación e intervención tempranas pueden minimizar dificultades posteriores habitualmente observadas en niños diagnosticados con TDAH, incluyendo problemas en las relaciones con sus coetáneos y en su autoestima, trastorno disocial y bajo rendimiento académico y laboral.” (Brown, 2005, pág. 407)

La siguiente etapa del desarrollo del niño, se denomina etapa escolar (6-10 años). En dicha etapa

“el niño debe salir de su casa y entrar a un mundo desconocido, donde aquellas personas que forman su familia y su mundo hasta ese momento, quedan fuera. Su éxito o fracaso en este período va a depender en parte de las habilidades que haya desarrollado en sus seis años de vida anteriores. Este hecho marca el inicio del contacto del niño con la sociedad a la que pertenece, la cual hace exigencias que requieren de nuevas habilidades y destrezas para su superación exitosa, y es, a través de la escuela, que se le van a entregar las herramientas necesarias para desenvolverse en el mundo adulto.” (Guerrero, 2009)

Todas las habilidades obtenidas durante la etapa preescolar, ya sean desarrolladas en los centros educativos o en casa, serán de gran ayuda para esta nueva etapa, la misma que marcará positiva o negativamente, todo el desarrollo cognitivo, social y emocional del sujeto. En esta etapa hay muchas más áreas en las que el niño deberá desenvolverse: académica, emocional y social. Los niños con TDAH, enfrentarán muchas dificultades en la etapa escolar, pues su falta de atención, impulsividad e hiperactividad, no les permite un desarrollo acorde a los niños de su edad. Son varias áreas las afectadas, que

“la escuela deja de ser un ámbito de placer para transformarse en un lugar en el que reciben críticas y el sitio donde se ponen en evidencia sus máximas dificultades de adaptación. Quieren dejar de concurrir a ella y si lo hacen, quedan más expuestos a integrarse en grupos marginales que practican la delincuencia callejera y el consumo de drogas.” (Guerrero, 2009)

La adolescencia está dividida en tres subetapas: adolescencia inicial (10-12 años), adolescencia media (13-15 años), adolescencia tardía (16-19 años)

“es un periodo de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y preuncia la adultez, para muchos jóvenes la adolescencia es un periodo de incertidumbre e inclusive de desesperación; para otros, es una etapa de amistades eternas, de aflojamiento de ligaduras con los padres, y de sueños acerca del futuro.” (La Adolescencia, 2009)

El TDAH no desaparece al llegar a la adolescencia, en esta etapa, la sintomatología no es la misma que en las etapas anteriores. La hiperactividad usualmente desaparece, pero la

impulsividad y la falta de atención continúan presentes en el adolescente, ocasionándole más dificultades de las que suelen atravesar en esta etapa.

Se encuentran en el camino de la dependencia infantil y la adultez, es una etapa llena de cambios físicos, sociales, culturales y psicológicos, demandas nuevas de ellos y hacia ellos. Es una etapa de aprendizaje, donde sólo sus propias experiencias podrán ayudarles en este camino. Los adolescentes necesitan reafirmar su personalidad, aquí se cuestionan sobre todo lo aprendido en su niñez, sobre las enseñanzas que tanto padres como maestros les han impartido. En nuestra actualidad, las problemáticas a las que los adolescentes se enfrentan a diario, son muy distintas que hace algunos años: el uso de drogas, la inserción a pandillas o subculturas, la iniciación en la vida sexual, etc. La vida de las personas también se ve marcada por todas aquellas vivencias de este periodo conflictivo.

“Los adolescentes que además continúan experimentando los crónicos trastornos de conducta y de aprendizaje y arrastran también el crónico daño en la autoestima y el mal concepto de las autoridades de la escuela se ven a sí mismos poco inteligentes e incapaces de afrontar y sostener un proyecto a largo plazo con alguna posibilidad de éxito.” (Gratch, 2009, pág. 138)

La adultez se divide en dos etapas: adultez temprana (20-40 años), adultez media (40-65 años). “En esta etapa de la vida el individuo normalmente alcanza la plenitud de su desarrollo biológico y psíquico.” (Desarrollo de la edad adulta, 2008) Al inicio de esta etapa el ser humano se plantea varias metas, la consecución de un título universitario, especializaciones en dicho título, el conseguir un empleo que sea del agrado de la persona en lo posible, y la formación de un hogar junto a otra persona, es decir, estabilidad emocional, económica y laboral. La segunda etapa de la adultez, “se caracteriza por la disminución de las presiones para encontrar trabajo, formar una familia o vivir en pareja, y por una mayor experiencia, que si se aprovecha bien, facilitará la adaptación a la siguiente etapa de la vejez.” (Infermera Virtual, 2011) Es una etapa en la que las personas examinan “las decisiones tomadas en años anteriores y los logros que han obtenido respecto a su intimidad, paternidad o maternidad y profesión.” (Infermera Virtual, 2011)

El TDAH en la adultez, recibe el nombre de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad de tipo residual, ya que el sujeto acarrea algunos de los síntomas de la niñez hasta la vida adulta, ya no se presentan con la misma intensidad ni modalidad, sin embargo, siguen representando una fuente de dificultades en el adulto.

“Ocurre que estos adultos padecen, en el trabajo y el estudio, dificultades de atención que se reflejan en bajos desempeños, conductas impulsivas en la toma de decisiones, escasa autoestima, disfunciones conyugales y problemas frecuentes con los hijos. En suma, les cuesta organizarse y controlar satisfactoriamente su vida en general.” (Joselevich, 2004, pág. 30)

3.2 RELACIONES FAMILIARES

El objetivo principal de la disertación constaba en analizar las consecuencias del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en las relaciones familiares, se lo ha realizado en el capítulo anterior, pero tomando en cuenta que el miembro diagnosticado con el TDAH, es uno de los hijos del sistema familiar, ya sea que esté cursando por la infancia, la niñez o la adolescencia. Y se ha hecho hincapié en que desde la más temprana infancia, los padres deben estar muy bien preparados para poder sobrellevar todo lo que este trastorno acarrea y brindar al niño bases estables para construir sobre las mismas un futuro mejor.

Ahora se analizará también, qué sucede si el miembro del sistema familiar que ha sido diagnosticado pertenece al subsistema parental. ¿Cómo afectará esto al sistema familiar?

La formación de una familia, sin duda, empieza con la búsqueda de una pareja, decisión en la cual, las dificultades ocasionadas por el TDAH también se manifiestan. Aunque todas las parejas atraviesen por vicisitudes a lo largo de la relación, las parejas con un miembro con TDAH, tienen otro tipo de problemas específicamente causados por el trastorno.

“No cuento con él en cuanto a tareas, organización, ser responsable. Más bien es como un chico más: da trabajo. Es buena gente, pero estoy cansada de esto.” (Joselevich, 2004, pág. 105) Este es el testimonio de la esposa de un hombre con TDAH, y sonará muy común para ciertas parejas, ya que debido a los síntomas del trastorno, esposos o esposas acostumbran a sentirse poco apoyadas por sus parejas con TDAH para poder llevar a cabo las tareas del

hogar. Los perciben como personas egoístas que solo piensan en su bienestar, que no pueden escucharlos y posiblemente, sentirán que no los quieren.

Si es que uno de los miembros de la pareja ha sido o será diagnosticado con este trastorno, es muy importante poder distinguir aquellos problemas causados por el TDAH de aquellos que no lo son, debido a que las dificultades en estas parejas no siempre serán causadas por el trastorno.³ Para poder tener una guía acerca de este punto, pueden acudir a psicoterapia de pareja para manejar de manera más adecuada la situación, “que ambos conozcan de qué se trata y cómo está influyendo este déficit en cada uno y en el vínculo, permite reconsiderar y comprender mejor aspectos de la comunicación, las expectativas, las ideas y los sentimientos construidos entre ambos.” (Joselevich, 2004, pág. 106)

Cuando las parejas han logrado encontrar estabilidad en su relación, en sus decisiones y en el diario vivir, la mayoría decide dar continuidad al sistema familiar y tener hijos. Los padres diagnosticados con TDAH, amarán mucho a su pareja y a sus hijos, pero una vez más, los síntomas del trastorno en los padres diagnosticados, afectan a la relación con sus hijos. Por un lado, les resultará difícil establecer un orden determinado para sus tareas y ahora, para brindar cuidados a un pequeño que los necesita, donde se requerirá la organización de horarios para compartir la responsabilidad con su pareja,

“cuando los hijos son pequeños, necesitan cuidados, cariño y mucha atención: alimentarlos con ritmos regulares y en las cantidades convenientes, acompañar los cambios que se van produciendo en los bebés e infantes, darles afirmación y seguridad con paciencia y tolerancia y ponerles límites prudentes.” (Joselevich, 2004, pág. 127)

El padre o la madre con TDAH, deberán estar pendientes de cosas muy sencillas y comunes para todos los padres, pero que padres sin el trastorno no resultan difíciles de recordar y de realizar, como el cambio de pañal, visitas al pediatra, cuidados al bebé; cuando empieza a caminar, necesitarán estar más pendientes de su pequeño, pero si el o los padres están “en las nubes”, será muy difícil que logren conjugar sus actividades con las de ser papá o mamá. Por otro lado, no podrán sostener la atención necesaria en las actividades o conversaciones que mantengan con los niños o adolescentes, lo que los hará sentir poco importantes para

³ Anexo 4: Cuestionario para reconocer algunos aspectos de la incidencia del ADHD en la pareja (Segmentos).

sus padres y dicha relación se hará cada vez más frágil. La desatención les limitará en cuanto a ver conductas positivas de sus hijos se trata, olvidan felicitarlos y darles muestras de afectos, “por el contrario, parecen estar sensibilizados ante las malas notas y las malas conductas, y a estos estímulos responden frecuentemente, pues les atrae su atención la falla y se activan ante ella.” (Joselevich, 2004, pág. 133) Posiblemente, además de la desatención, también puede ser un modelo aprendido de su niñez, pues siempre fueron retados por sus malas conductas, por su mal comportamiento y por sus errores, no recibieron estímulos positivos necesarios para poder brindar esto en un futuro a sus hijos. Si es que no los felicitaron por sus logros, no saben cómo hacerlo con sus niños.

Olvidan comprar cosas del uso diario, comida, útiles de aseo, cosas que los niños necesiten, útiles escolares, dejándolos con un sentimiento de culpabilidad muy grande al no poder cumplir ciertas funciones específicas. “No se trata de acciones guiadas por falta de amor o responsabilidad, sino de consecuencias de sus propias limitaciones para atender, de la dificultad para dejar a un lado las interferencias y realizar lo que se debe realizar.” (Joselevich, 2004, pág. 134)

Su autoestima será muy baja también, al ver todas estas falencias en su rol de papás, al compararse con otros padres y no lograr hacer todo lo que ellos hacen por sus hijos; por lo que es necesario que reciban apoyo psicoterapéutico para poder llevar a cabo la tarea de ser papá y no dejar que su trastorno afecte a gran escala a su maternidad o paternidad.

3.3 RELACIONES CON SUS IGUALES

Desde la más temprana infancia los niños con TDAH experimentan dificultades para relacionarse, debido a su impulsividad y falta de atención, estos niños no han desarrollado debidamente las habilidades sociales necesarias para poder relacionarse con sus compañeros y con adultos. “Las habilidades sociales son las habilidades o capacidades que permiten al niño interactuar con sus iguales y con el entorno de una manera socialmente aceptable” (Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica Específico de Atención a la Discapacidad Auditiva, 2005); por ejemplo, respetar la opinión del otro, diferenciarse de los demás, la negociación y sobre todo la regulación de la conducta y las emociones. “La interacción con los demás, adultos y compañeros, es fundamental en el desarrollo de la

persona y condiciona fundamentalmente el proceso de socialización.” (Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica Específico de Atención a la Discapacidad Auditiva, 2005). Debido a los síntomas característicos de un niño con TDAH, es bastante difícil que logren desarrollar estas y otras habilidades igual que los niños de su edad. Por esto, poco a poco perderán importancia dentro del grupo, los excluirán y esto sin duda, causará una herida a su autoestima, no querrán asistir a la guardería o jardín, ya que será percibido como un lugar hostil para permanecer.

Alrededor de los 4 años, los niños deben asistir a un centro preescolar, iniciando así, de cierta manera, con la enseñanza formal y con la socialización fuera del hogar. Posiblemente, las dificultades al socializar con iguales de los niños que en un futuro vayan a ser diagnosticados con TDAH, se perciba ya desde esta etapa, ya que suelen reaccionar agresivamente con sus compañeros, cuando no le prestan juguetes, o no los incluyen en sus juegos, creen que para ser aceptados dentro de un grupo de juegos, la única solución es la agresividad. Esta reacción, proviene de la frustración que los niños sienten al no ser aceptados entre sus pares, los niños con TDAH tienen a frustrarse más fácilmente que otros niños, es por esto, que no encuentran otra salida que comportarse agresivamente con sus compañeros, tal vez pensando que pueden amedrentarlos y mediante amenazas, conseguir un lugar en el grupo. De a poco, los otros niños se alejan de este “niño problema” y nadie querrá jugar con él. En la etapa preescolar, esto representa una de las preocupaciones más grandes de los padres, ya que paulatinamente, los niños van quedándose solos, apartados del grupo y sin ningún compañero con quien puedan mantener una relación sin llegar a pelear por cualquier motivo.

“Se ha observado que estos niños son consistentemente más agresivos, más ruidosos e incurrir en más actividades ajenas a la tarea encomendada que sus coetáneos.” (Brown, 2005, pág. 421) Por esta razón, suelen molestar mucho e interrumpir a las actividades que se realizan en grupo, ya sea dentro del aula o en los lugares donde se desarrollan actividades extracurriculares, no permiten que dichas actividades se realicen con normalidad; además, su comportamiento hostil la mayoría de ocasiones, los hace ver como niños insoportables y difíciles de tratar y manejar.

Estas dificultades, sin duda, y si es que no han sido manejadas adecuadamente, se arrastrarán a la siguiente etapa de desarrollo, la etapa escolar. En dicha etapa los padres temen sanciones disciplinarias de la escuela como una consecuencia de todas las conductas problemáticas dentro de la institución, pero también tienen miedo de que su hijo no sea admitido como parte del aula. El comportamiento del niño con sus compañeros continúa siendo hostil e inadecuado, no ha adquirido aún las habilidades sociales necesarias para relacionarse con los mismos, “la agresividad en esa época de la vida promueve disgusto entre otros niños que los *seguirán* excluyendo de todas las formas posibles de los ámbitos de juego.” (Gratch, 2009, pág. 137) Tanto los padres como los niños, suelen sentirse mal por esta exclusión, por no lograr que su hijo sea aceptado como un miembro más de su grupo de pares, lo cual representa otra herida más a su narcisismo.

Sin embargo, aquí no se detienen los inconvenientes de los niños. Debido a todos estos manejos sociales inadecuados, se ha demostrado que entre un 25 y un 35% de jóvenes, presentan conductas antisociales o trastorno disocial, “que consiste en un patrón persistente de conducta, en el cual los derechos básicos de los otros son violados y no se toma en cuenta el daño o la desconsideración por el prójimo en los actos que realiza el sujeto.” (Gratch, 2009, pág. 63) La agresividad que presentaban en la infancia, ya no solo se traduce a las relaciones con sus compañeros porque no les permitieron jugar o ser parte de un grupo, en la adolescencia, esta agresividad se torna una parte de su vida, dentro del hogar, la escuela y otros espacios. No han desarrollado herramientas para respetar la propiedad del otro, por lo que suelen lastimar a personas y animales, destruyen las propiedades ajenas, y pueden llegar hasta robar y violentar gravemente las reglas impuestas por la sociedad.

En cuanto a la sexualidad, en este periodo, los adolescentes suelen experimentar mucha curiosidad frente a este tema. Posiblemente, existe un muy alto riesgo que un adolescente con TDAH, debido a su impulsividad y al hecho de no considerar las consecuencias de sus actos, lleve una vida sexual activa sin las debidas precauciones, llegando en ciertos casos a experimentar embarazos no deseados y posiblemente, abortos, siendo éstas otras dificultades por la que tal vez, lleguen a atravesar, por lo que los adultos, padres, maestros y orientadores, son responsables de hablar sobre sexualidad, no solo en la adolescencia, sino desde la niñez, tratando de describirla como una esfera en la que no solo se conjuga lo biológico, pues también lo ético, lo social y lo psicológico juegan una parte muy importante,

con el objetivo de lograr que lleguen a tomar decisiones acertadas, responsabilizarse por las consecuencias de dichas decisiones y hacerlos reflexionar sobre llevar una vida sexual activa con las debidas precauciones.

En la adultez, el sujeto con TDAH, encontrará también dificultades. Sus interacciones inadecuadas nublan totalmente su talento dentro de lo laboral, por lo que sus compañeros también lo rechazarán, esto lo llevará a recordar experiencias en el pasado con sus compañeros de aula. Las parejas de las personas con TDAH, suelen quejarse por sus actitudes tiránicas, caprichosas y que son malhumorados, en especial en aquellas ocasiones en las que no se ven complacidos.

Los sujetos diagnosticados con TDAH, también experimentan dificultades en cuanto a las relaciones sociales. No suelen manejar adecuadamente sus emociones, por lo que se pueden describir como personas muy intensas y sin una idea clara de cómo adaptarse en los distintos escenarios, siguen siendo personas que no toleran las frustraciones y reaccionan con agresividad e impaciencia, además, sobreaccionan ante los estímulos a su alrededor.

Su falta de atención, no los permite concentrarse en las conversaciones que mantienen con los otros, por lo que se aburren fácilmente y suelen cambiar de tema por uno que realmente los mantenga enganchados y atentos, les gusta que los escuchen, pero les cuesta mucho escuchar e interesarse por el resto. Esta dificultad para escuchar a las otras personas suele reducir cuando mantienen conversaciones con gente nueva y desconocida para ellos, por lo que cada vez deben realizar esfuerzos más grandes por lograr atender a personas conocidas. Lo que representa para ellos una rutina, los aburre y los dispersa fácilmente, reduciendo cada vez más su capacidad para establecer una comunicación adecuada con las personas que le rodean. En general, su forma de comunicarse no es la apropiada, suelen hablar en voz alta, interrumpir antes de que el otro termine de hablar, hacer ruidos durante una conversación, todo esto ocasionado por su impulsividad. Incluso, toman objetos de otras personas sin pedirselos, no los devuelven, los pierden u olvidan donde los colocaron, e incluso no agradecen de los favores que les han hecho.

Si en la niñez no lograban cumplir a cabalidad con las reglas debido a su falta de atención e impulsividad, lo mismo sucederá en la adultez. Suelen transgredir las reglas y olvidar lo que prometen a otras personas, como citas, fechas importantes y papeles que son de gran utilidad para otros, todo causado por su desatención. En algunos casos, se desarrollará trastornos de conducta, existiendo un fuerte rechazo a las mínimas exigencias de adaptación a la vida social y de consideración por los otros. Manifiestan una tendencia a vivir como si pudieran ser eximidos de esas obligaciones, “son crueles y desconsiderados con los demás sin experimentar remordimientos ni sentimiento de culpa.” (Gratch, 2009, pág. 159)

En todas las relaciones sociales que estructuran las personas con TDAH desde su niñez hasta la vida adulta, los comportamientos típicos del trastorno, afectarán los vínculos que puedan crear en las mismas. Desde los más íntimos como los familiares, descritos en el segundo capítulo, hasta los que se llegan a establecer en lo laboral y académico; incluso aquellos vínculos que se establecen de modo temporal, se ven afectados, dejando a las otras personas confundidas acerca del comportamiento de la persona con TDAH, produciendo enojo, rechazo y molestia. “Lamentablemente, ciertas características de este déficit, además de dañar los vínculos, repercuten de modo nocivo en la autoestima de quien lo padece y en su salud mental general.” (Gratch, 2009, pág. 100)

3.4 DESARROLLO ESCOLAR Y ACADÉMICO

Los síntomas del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, pueden afectar significativamente durante todo el desarrollo escolar de los sujetos con dicho trastorno.

En la etapa preescolar, la mayor preocupación de padres y maestros, no se refiere al ámbito académico, sino al comportamiento y sus hábitos, ya que las actividades dentro de los centros educativos, a los que asisten los niños de esta edad, son actividades lúdicas, donde no se necesita que el niño preste atención a sus maestros la mayor parte del día; “el periodo de atención de un niño de 3 a 4 años de edad, es de aproximadamente 30 minutos, tiempo en el que se centra y atiende a los estímulos de su alrededor.” (Brown, 2005, pág. 419)

“Estudios nos indican que los preescolares con TDAH, comparados con compañeros sin dicho trastorno, incurrieran en más conductas ajenas a la tarea y presentaban significativamente más dificultades para realizar ciertas tareas estructuradas que requerían una atención centrada y prolongada.” (Brown, 2005, pág. 420)

En ocasiones, estos niños terminan las tareas en menos tiempo que el asignado, debido a su impulsividad, otros niños, si su síntoma predominante es la falta de atención, no terminan la tarea y es ahí, cuando empiezan a distraer a sus compañeros, a fastidiarlos y a realizar algo totalmente distinto a lo requerido.

Al iniciar la siguiente etapa, la etapa escolar, “las habilidades para estar sentado, atender, escuchar, obedecer, inhibir las conductas impulsivas, cooperar, organizar las acciones, seguir las instrucciones, jugar bien y relacionarse amigablemente con otros niños son esenciales para superar con éxito la etapa escolar.” (Barkley, 1999, pág. 103) Los niños con TDAH no han logrado aún desarrollar estas habilidades de la misma manera que sus pares, poniendo de manifiesto el trastorno dentro del aula. Como consecuencia, vendrán una infinidad de quejas por parte de los maestros: “el niño no trabaja” “hace todo, menos lo que se le pide” “molesta demasiado a sus compañeros” “hemos hecho todo lo que está a nuestro alcance, pero aún así no vemos resultados” “tal vez necesita una educación más personalizada”, entre otras, que formarán el discurso diario en la escuela. Estas conductas no solo afectan el desempeño del niño, sino también de toda el aula; el hecho de que el maestro tenga que estar pendiente de un niño con TDAH, suele repercutir en el desempeño del resto de sus compañeros, constituyendo otra queja de los maestros.

Si es que los maestros del niño desconocen la causa de su conducta, posiblemente atribuirán la misma a problemas familiares, falta de educación de los padres o a inmadurez en el niño, la respuesta más fácil para esta última opción, es que el niño repita el año escolar, cuando en realidad, el TDAH no mejora con esta medida. Si es que los maestros están al tanto de la condición del niño, usualmente ven solo las cosas inadecuadas que hace un niño dentro del aula, pero no se detienen a observar en qué ha cambiado la situación, cómo se ha modificado tal o cual síntoma, o cómo se puede ayudar al niño en este recorrido. Los maestros y las autoridades de la escuela se olvidan que ellos constituyen una parte muy importante del proceso de tratamiento del niño, que deben estar al tanto de los avances del mismo y que son la principal fuente de apoyo para los padres de familia.

En cuanto a lo académico, los niños empiezan a sentirse “inútiles” frente al proceso de aprendizaje, cada desacierto representa un fracaso y una frustración para ellos, dejan de considerarse inteligentes y dejan de intentar conseguir metas, ya no tiene sentido estudiar y esforzarse por un buen desempeño académico. Frente al fracaso escolar, las mentiras sobre sus calificaciones se convierten en un escudo para salvaguardar lo poco que queda de autoestima.

En la adolescencia, no es de sorprenderse por la gran cantidad de chicos que han perdido un año escolar o que han sido expulsados del colegio, no solo una vez, sino en varias ocasiones; con todo su historial lleno de marcas que no necesariamente hablan de su excelente comportamiento, al contrario, en ellos está descrito su mal comportamiento y todas las veces que sus padres han sido notificados acerca del mismo.

En aquellos casos, en los que los padres prescindieron de cualquier tipo de tratamiento, se llegará a culpar al adolescente por todas las crisis que han existido dentro de la familia, se lo culpará por no “querer” estudiar, por no poner empeño en la escuela y el colegio, viendo como única salida, el dejar aquel lugar que les provoca tantos sabores amargos. Es de imaginarse, que la consecuencia negativa de todos estos años sin experimentar triunfos en cuanto a lo académico, es la deserción de los estudios, no encuentran sentido a continuar con una batalla que se cree perdida ya. En todo su camino, tal vez encontraron pocas personas que pudieron haberlas apoyado, que pudieron haber luchado junto a ellos, pero que fueron presencias temporales que no tuvieron tanto peso como aquellas que jamás vieron algo positivo en ese niño con TDAH que necesitaba cerca a personas que creyeran en él y que se involucraran en este proceso.

Muchos niños y adolescentes, desertan sus estudios por todas estas dificultades que se presentan a lo largo de su escolaridad, el aprendizaje se vuelve una tarea frustrante como muchas cosas en su vida. Al llegar al final de la adolescencia, los jóvenes deben elegir una carrera universitaria, en los jóvenes con TDAH, tal vez esta no realicen esta elección, ya que sentirán que durante la etapa universitaria sufrirán fracasos al igual que en su niñez y adolescencia, por lo que evitan elegir una carrera para evitar dichos fracasos. Si es que llegan a realizar la elección de una carrera universitaria, tendrán dificultades en retener los

conocimientos, ya que la metodología de enseñanza se basa mucho más en lecturas personales y pocas explicaciones por parte del profesor.

En la adultez, sus problemas son de otra índole, ya no se proyectan a lo académico sino a lo laboral, son personas con baja tolerancia a la frustración, dejan al final las actividades que deben realizar, olvidan citas importantes en el trabajo, son muy desorganizados y al verse frustrados por todos estos desaciertos se vuelven violentos y poco reflexivos, no solucionan el problema por los medios adecuados, prefieren evitarlo, no tienen capacidad para trabajar en grupo aunque tengan muy buenas ideas; son personas muy inestables en los empleos y que tendrán complicaciones para respetar a la autoridad y las reglas que se le impongan como el horario, el uniforme, fechas de entregas de proyecto, etc. El bajo rendimiento escolar es una de las preocupaciones más comunes en los padres con hijos con TDAH, en la vida adulta, el mismo sujeto suele consultar a los especialistas por las dificultades que se presentan en su desempeño laboral, en las relaciones sociales y los frecuentes fracasos en cuanto a los proyectos que se plantean en este periodo.

Suelen ser personas desorganizadas, sus puestos de trabajo, y vivienda suelen estar siempre desordenados; no logran organizar su horario y las actividades que deben realizar durante el día, por lo que su desempeño laboral también se ve afectado.

No priorizan las actividades que deben realizar y suelen dejar para el último momento lo más importante.

“El dejar para después lo que convendría hacer ahora es típico de las personas con TDAH, salvo en circunstancias estimulantes, bien estructuradas o motivadoras, o en aquellas marcadas por una presión, en las que sí se observan actitudes en las cuales la persona comienza a hacer lo que debe o necesita en el momento indicado.” (Joselevich, 2004, pág. 60)

3.4.1 Dificultades del aprendizaje

“El TDAH implica una seria dificultad para que el niño, adolescente o adulto pueda cumplir con ciertos requerimientos específicos en cuanto al aprendizaje.” (Gratch, 2009, pág. 1) La hiperactividad, impulsividad y desatención no le permiten desenvolverse adecuadamente en el área escolar, dando la imagen a la mayoría de los maestros que realmente “no quiere” realizar las tareas; son muy pocos los docentes, que con su experiencia logran detectar que

detrás de este “no aprender” o de este “bajo rendimiento” hay algo mucho más allá del “no querer”.

Al aprovechar al máximo de la inteligencia, los seres humanos se desempeñan de mejor manera en este mundo competitivo, pero si es que hay una condición que los obstaculiza utilizar al máximo nuestras capacidades, no podrán rendir suficientemente en cualquier actividad. Los obstáculos que se encuentran en este camino, sin duda dejarán una huella en su autoestima, ya que no podrán cumplir con lo que se requiere por una cuestión de voluntad, sino por una cuestión de disfuncionalidad, como ocurre en el TDAH.

“Existen personas que, a pesar de ser inteligentes, no pueden aprovechar esa capacidad, pues padecen un trastorno que afecta su rendimiento intelectual y les impide sostener la atención durante un determinado periodo. Si alguien no puede sostener la atención, su aprendizaje se verá resentido y estará por debajo de lo que permitiría su inteligencia.” (Gratch, 2009, pág. 9)

A lo que se puede añadir, que las capacidades intelectuales del sujeto con TDAH están intactas, sus dificultades no se presentan por no ser inteligentes, sino por no poder utilizar toda su inteligencia en las actividades de su vida diaria, porque los síntomas del trastorno le impiden que así sea.

Varias llamadas de atención, inquietud constante, molestar a los compañeros, fácil distractibilidad, son algunos de los comportamientos disruptivos dentro del aula de los que los maestros se quejan constantemente. Los niños con TDAH, tienen dificultades para concentrarse dentro del aula y trabajar con una cantidad de estímulos distractores a su alrededor, por lo que su aprendizaje se ve afectado seriamente.

Al no poder mostrar un desarrollo a la par que sus compañeros en cuanto al aprendizaje, el niño atravesará por ciertas dificultades, llamados **dificultades del aprendizaje**. Estos trastornos difieren del TDAH, pero se ha demostrado que “entre el 20 y el 30% tienen algún tipo de trastorno del aprendizaje en áreas como matemáticas, lectura o escritura.” (Barkley, 1999, pág. 108) Por lo que muchos de los niños con TDAH han requerido apoyo psicopedagógico, una educación más personalizada y clases de nivelación de las materias donde encuentran más dificultad.

“Los trastornos del aprendizaje suelen manifestarse a través de la inversión de letras o números, dificultades para el aprendizaje de la lectoescritura, dificultades para aprender un nuevo idioma, falta de fluidez en el lenguaje, dificultades para realizar operaciones matemáticas que serían esperables a esa edad y dificultades en comprender metáforas.” (Gratch, 2009, pág. 104)

Estos trastornos coexisten con el TDAH, añadiendo más dificultades al desempeño del niño en el aula, atacando mucho más su autoestima y el deseo de todo niño por complacer a sus padres y cumplir todas sus expectativas. Es muy importante que los maestros sepan distinguir si realmente los problemas académicos se presentan por la impulsividad, la hiperactividad y la inatención del niño, ya que son los síntomas que preocupan y molestan más a los docentes. Una evaluación psicopedagógica ayudará a padres y maestros a aclarar el panorama y a diferenciar si el bajo rendimiento del niño con TDAH se debe a los síntomas del trastorno o a la coexistencia de otros trastornos, como son las dificultades del aprendizaje; para así, brindarle un apoyo psicopedagógico, en el cual se trabajará en las áreas en las que el niño presenta más dificultad.

3.5 AUTOESTIMA

En este trabajo, se ha tomado varias veces el término autoestima, principalmente al referirse de las personas con TDAH, que a lo largo de su vida va tomando un tinte negativo, llegando al extremo de ocasionar graves consecuencias como otros trastornos en el individuo.

“La autoestima es la capacidad de valorar el yo, y tratarnos con dignidad, amor y realidad.” (Satir, 2002, pág. 35) El valor que el niño se asigna a sí mismo, depende básicamente del valor que le otorgan los miembros de su familia durante sus primeros años. Cuando un niño nace, no tiene ningún pasado y por lo tanto, no sabe cómo darse un valor a sí mismo. La autoestima del niño se desarrolla en base a sus experiencias, a sus logros y a la relación con los otros. Mientras las experiencias del niño representen un éxito para él, su autoestima será alta; pero si estas experiencias constituyen únicamente fracasos, el niño desarrollará una autoestima baja. “Los padres, hermanos, amigos y profesores tienen un profundo impacto en el desarrollo de la autoestima. La manera en que la sociedad ve al niño influye en la manera que éste se ve a sí mismo.” (Feldman, 2005, pág. 8)

Al acumular muchas más experiencias de fracaso que de éxito, como sucede en las personas con TDAH, se desarrollará una autoestima baja. Los constantes fracasos en lo académico, social, laboral, etc., no permiten que el sujeto pueda verse como una persona valiosa.

El educar a un niño con TDAH, es una tarea muy difícil y agotadora, los padres constantemente se quejan de esto y muchos lo hacen en frente de los niños, les informan negativamente acerca de sus desaciertos en cuanto a su conducta, les recuerdan constantemente sus debilidades y se olvidan de recalcar sus fortalezas. Los pequeños escuchan muchos gritos, porque los padres tienen la errónea creencia que con la agresividad, estos niños pueden dar mejores resultados. A los padres suele molestarles que para la realización de tareas escolares, no muestran mucho interés y tampoco su atención es la debida, pero al encontrar una actividad de su agrado, como mirar televisión o videojuegos, los niños suelen mostrarse totalmente interesados y motivados, esto sucede, ya que los niños encuentran algo novedoso en estas actividades y no les cuesta desarrollarlas como las académicas.

Y no solo en casa son el blanco de constantes quejas, en la escuela, a diario, reciben reprimendas por parte de sus maestros, ya que no cumplen debidamente las tareas asignadas durante el día. Son niños que son considerados “vagos o haraganes”, cuando en realidad se esfuerzan por hacer bien las cosas y agradar a los que se encuentran a su alrededor, pero los resultados no son los deseados, a pesar de todos sus esfuerzos, cometen más errores que otros niños. Como consecuencia, experimentan sentimientos de frustración y fracaso, creen que son malos para todo y que no importa qué es lo que hagan, siempre les irá mal. Si es que los adultos observan este cúmulo de intentos fallidos, dejan de pedirles favores o que realicen ciertas actividades, por el temor a que no cumplan las mismas, pero los niños con TDAH no leen este mensaje así, ellos crecen con la convicción de que nadie cree en ellos y que no son capaces de realizar nada, ni siquiera la tarea más fácil.

Cuando la autoestima de una persona ha sido bombardeada constantemente durante varios años, es muy común que desemboque en un trastorno depresivo, cuyos síntomas son: (Gratch, 2009, pág. 71)

- Falta de motivación, anhedonia, falta de entusiasmo.
- Cambios en los estilos de interacción social (irritabilidad, aislamiento, llanto fácil).
- Pérdida del interés o del entusiasmo por las actividades que antes sí lo producían.
- Cambios en los patrones del sueño y la alimentación (insomnio o hipersomnia; inapetencia o hiperfagia).
- Pérdida de la energía.
- Daño en la autoestima.
- Ideas o preocupaciones acerca de la muerte.
- En algunos casos graves, ideas de suicidio.

Este trastorno puede producirse por el sentimiento de frustración que en varias ocasiones acechó al sujeto. Sus conflictos en las relaciones personales, su desarrollo académico y laboral, y sus varios desaciertos en todas las actividades en las que se ha esforzado por realizarlas, pero que a fin de cuentas, no resultan tan bien como las planificó o simplemente, las abandonó antes de sentir el fracaso. “No sirvo”, “no puedo”, “¿para qué me esfuerzo?”, “soy vago”, “no me gusta porque no puedo”, son las frases más comunes de los niños con TDAH que junto con el sentimiento de frustración descrito anteriormente, llegan a ocasionar una depresión.

Para evitar todo esto, es muy importante que desde pequeños, los niños con TDAH sean retroalimentados por sus padres continuamente, ellos deben representar la principal fuente de autoestima. Los niños con TDAH necesitan, mucho más que otros niños, que se les reafirme el concepto de amor incondicional, no solamente con palabras, sino con actos, con mucho cariño y paciencia, siendo aceptados siempre en el grupo familiar y haciéndolos sentir tan importantes como todos los miembros de la familia.

“Los sentimientos de valía sólo pueden florecer en un ambiente en el que puedan apreciarse las diferencias individuales, donde el amor se manifiesten abiertamente, los errores sirvan de aprendizaje, la comunicación sea abierta, las normas flexibles, la responsabilidad sea modelada y practicada la sinceridad.” (Satir, 2002, pág. 40)

Los padres deben animar siempre a sus hijos, pues una autoestima alta, ayuda a los niños a ser más asertivos y se esfuerzan más para recuperarse de sus dificultades, es muy importante ayudarle a construir su autoconcepto y su autoimagen sobre sus fortalezas y no sobre sus debilidades.

Todo este apoyo por parte de los padres, no solo los ayudará a relacionarse mejor con los otros, sino que ayudará para que el proceso de tratamiento sea mucho más adecuado y esté cimentado sobre bases sólidas; para el niño con TDAH, este apoyo representará mucho más que el maltrato, la agresividad o la violencia que suelen formar parte de su vida dentro y fuera del hogar.

CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. El TDAH es un trastorno en el que podría existir una base neurológica, la afectación de cada sujeto dependerá de su estabilidad emocional y de su contexto familiar, lo cual determinará cuán graves serán las dificultades derivadas de este trastorno. (Gratch, 2009, págs. 24-25)
2. Según las pautas de diagnóstico del DSM-IV-TR, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad tiene síntomas como la hiperactividad, desatención e impulsividad, y únicamente se lo puede diagnosticar a partir de los 7 años de edad, aunque algunos de los síntomas ya hayan aparecido antes; debido a que los síntomas del trastorno pueden confundirse con ciertas características del desarrollo de los niños a esa edad.
3. El TDAH afecta principalmente a las relaciones familiares del sujeto. Según Botella y Vilaregut, autores del artículo “La perspectiva sistémica en terapia familiar: Conceptos básicos”, la Teoría Sistémica, describe a la familia como un sistema abierto, que se diferencia de otros sistemas por sus fronteras, está compuesto por subsistemas, los cuales están demarcados por jerarquías y límites con distintos niveles de permeabilidad.
4. Según el axioma de Watzlawick, de la Teoría de la Comunicación Humana, que dice que “es imposible no comunicar” (Alsina, 2001, pág. 166). El niño con TDAH intenta comunicarnos algo, pero simplemente no acierta con la manera correcta para hacerlo. No sabe precisamente qué es lo que se espera de él en ciertas situaciones, ya que los adultos no se lo han dicho, es por esta razón, que el niño continúa utilizando las mismas formas de comunicación.

5. La retroalimentación negativa se vuelve parte del día a día dentro del sistema familiar del niño con TDAH, por lo que llegan a acostumbrarse a las conductas problema del niño y quedan sumidos en una especie de “estabilidad”, sin hacer nada por mejorar la situación; todo se vuelve parte de la cotidianidad.
6. Inicialmente, al presentarse los síntomas en el niño, sus padres se ven afectados ya que desconocen que está sucediendo con él; muchas parejas empiezan a tener dificultades en su relación, o los problemas anteriores simplemente se acentúan con la aparición de estos síntomas. En algunas familias, la situación es muy compleja de manejar, y creen que la mejor solución es el divorcio.
7. Los hermanos y hermanas del niño con TDAH, pueden llegar a sentir que viven en un ambiente de favoritismos, ya que en muchas ocasiones se les delegan las tareas que el hermano con TDAH debe realizar, o sienten que sus padres no les dan la suficiente atención, porque están muy pendientes de sus hermanos.
8. Dependiendo de la cercanía que el niño tenga con la familia extensa, se podrán observar ciertas dificultades, con los primos, por ejemplo, la relación podría tornarse a ratos caótica, debido al parecido que dicha relación guarda con las relaciones fraternas.
9. Si los padres apoyan en todo momento a este niño que presenta dificultades, sin culpabilizarlo por no lograr las expectativas y sueños que tenían sobre él, los resultados del tratamiento que se le haya recomendado, serán mucho mejores que si el niño no cuenta con el apoyo de sus padres.
10. La familia necesitará constantemente del apoyo de profesionales externos, para lograr un ambiente estable dentro del hogar, aunque esto represente romper con las fronteras familiares y aceptar que el problema del niño ya no puede ser resuelto únicamente dentro del sistema familiar.

- 11.** La impulsividad y la desatención afectan a su desarrollo social, impidiéndoles adquirir destrezas necesarias para interactuar con sus pares, desde muy pequeños suelen ser el centro de discusiones y problemas, por lo que sus amigos los rechazan dentro y fuera del aula de clases; en ciertos casos, este rechazo lo experimentan varios docentes, ya que suelen carecer de herramientas para trabajar con los niños con TDAH.
- 12.** Los síntomas del TDAH impiden que el desarrollo académico del sujeto sea el adecuado, siendo muy difícil que demuestre todas las capacidades que posee. Después de muchos desaciertos, llegan a sentir que lo académico representa únicamente un problema, dejan de estudiar y no muchos llegan a elegir una profesión; las personas que realizan estudios universitarios, posiblemente serán pronto deserciones, debido a que no querrán enfrentarse a los desafíos de los mismos, ni siquiera se esforzarán porque prefieren no tener otra decepción más.
- 13.** En la adultez, cuando la persona con TDAH forme un hogar, experimentará otro tipo de dificultades, pues la pareja de esta persona, posiblemente, no sentirá un auténtico apoyo en las decisiones que se deben tomar. Si tienen hijos, los problemas serán de otra índole; pues no solo afectarán a su cónyuge sino a ellos también. Los padres con TDAH probablemente, no podrán organizar su tiempo para dar los cuidados necesarios al recién nacido. Olvidan cubrir las necesidades básicas del niño, no prestan mucha atención a sus actividades diarias, produciendo inestabilidad familiar, rechazo y resentimientos por parte de los pequeños que no siempre pueden entender lo que sucede con sus padres.
- 14.** Su desarrollo laboral es inestable, no logran mantenerse en un solo empleo, renuncian sin razones aparentes. El trabajo en equipos, no suele ser su fuerte, son muy desorganizados en tiempo y espacio, olvidan citas importantes; no logran demostrar su creatividad e ingenio.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA PADRES:

- La evaluación debe ser realizada por profesionales expertos en el tema: el pediatra, el psicólogo, el neurólogo y el psiquiatra, el diagnóstico del TDAH requiere una evaluación completa e interdisciplinaria.
- Los profesionales deben informar a los padres y maestros del niño acerca del diagnóstico y tratamiento que éste deba seguir.
- El niño requiere de un tratamiento para poder sobrellevar las dificultades que trae consigo el trastorno.
- Los tratamientos deben modificarse según la situación del niño, la misma que cambiará constantemente y por lo tanto, deben ser reevaluados cada cierto tiempo para lograr mejores resultados.
- Los padres deben estar pendientes de los posibles efectos secundarios de la medicación prescrita, e informar inmediatamente al médico.
- La terapia familiar representará una guía para la familia, pues los apoyará en la adquisición de herramientas para sobrellevar de mejor manera los resultados causados por el TDAH en las relaciones familiares.
- Evitar los castigos físicos, estos dañarán más su autoestima y no tendrán el mismo efecto que un refuerzo positivo para recompensar sus esfuerzos y sus logros.
- Una crítica constructiva tiene mucho más valor que una negativa, las observaciones que se le hacen acerca de su conducta y su desempeño, le servirán mucho para mejorar en su trabajo.
- Las instrucciones para que el niño realice una tarea deben ser claras y precisas, el contacto visual es muy importante.
- Se debe evitar dar varias instrucciones a la vez; se puede pedir al niño que repita la indicación que le fue asignada.
- El niño tiene que aprender que cada acto y decisión que toma, produce una consecuencia positiva o negativa y que debe ser responsable de la misma.
- El niño con TDAH, necesita más que otros niños sentir estabilidad dentro de su hogar, sentir que los padres representan una base sólida en la cual tendrá siempre el amor incondicional sin importar lo que haga.

- Para mejorar la relación con sus compañeros, invite a casa a sus mejores amigos, realice actividades lúdicas para que puedan compartir con el niño.
- Mantener una comunicación constante con los maestros, autoridades y profesionales externos.
- Al momento de realizar tareas, evitar al máximo todos los estímulos que puedan distraerlo; organizar su tiempo y brindarle un espacio fijo para que trabaje.
- Establecer un horario limitado para que realice cada tarea y un tiempo de descanso entre tarea y tarea.
- Enseñarle a mantener ordenada su habitación y sus útiles, ya que así su trabajo y juego no serán caóticos.

RECOMENDACIONES PARA MAESTROS⁴:

- Mantener una comunicación constante con los padres, las autoridades y los profesionales que están a cargo del tratamiento del niño.
- El niño no tiene la misma forma de comunicarse que un adulto, sus comportamientos inadecuados son una forma de pedir ayuda. Aprenda a leer dichos mensajes.
 - “Cuando sienta que lo reta, no es un reto a su persona, es un reto a su figura docente, un ¿de verdad me quieres?, ¿de verdad eres buena/o?, ¿de verdad eres mi maestra?, ¿de verdad sabes de niños?, pues entonces *a-yú-da-me, edúcame, enséñame a vivir y a participar por el bien común*, esa sí es parte de su función” (Frola, 2007, pág. 89)
- Las órdenes deben ser muy claras, evite dar muchas órdenes a la vez, asegúrese de que el niño haya entendido lo que tiene que hacer.
- Establezca reglas, pues así se estructurará el ambiente del aula y beneficiará al niño que no las tiene en casa.
- El orden dentro del aula es muy importante para el trabajo del niño, en la misma, su escritorio debe estar siempre ordenado y el maestro encargado del aula debe ayudarlo a adaptarse a los tiempos que se requieran para realizar una tarea.

⁴ Anexo 3: Las 11 actitudes que un docente debe evitar frente a los problemas de conducta en el aula.

- Ubique al niño en los primeros lugares, para poder observar si está prestando atención, además que podrá brindarle el acompañamiento necesario para que trabaje mejor y no distraiga a sus compañeros.
- Abra un espacio de confianza para que el niño pueda acercarse a resolver sus inquietudes.
- Destaque constantemente sus logros y sobre todo el esfuerzo que realiza por superar todas sus dificultades.
- Evite castigos y reclamos en frente de otros niños. Los refuerzos positivos darán mejores resultados, pues éstos aumentan las conductas adecuadas.
- Realice correcciones de la manera más clara posible para que el niño sepa cuál fue su error, evite lastimar su autoestima y hágalo solo con él, no al frente de todos sus compañeros.
- Dele tareas al niño en las que demostrar sus fortalezas, así su autoestima mejorará y tendrá mejores resultados en el aula.
- Para evitar que su impulsividad afecte su desempeño, recuérdale que debe revisar todos sus trabajos antes de entregar, que debe realizarlos rápido pero bien.
- Si está muy distraído, envíelo por unos instantes fuera del aula para que recupere sus energías y al regreso pueda concentrarse mejor. El niño debe saber que esta estrategia no es un castigo y que no puede permanecer mucho tiempo fuera.
- De ser posible, modificar el sistema de evaluación dentro del aula.
- Realizar trabajos en grupo para integrar al niño, pedir al psicólogo de la institución que realice talleres para mejorar su relación con sus compañeros.
- “Actualícese, lea más sobre niños y aplique lo aprendido, transforme su aula en un laboratorio de tácticas grupales para mejorar las relaciones y las conductas” (Frola, 2007, pág. 90)

BIBLIOGRAFÍA

Libros

Alsina, Miguel. *Teorías de la Comunicación: Ámbitos, métodos y perspectivas*. Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona. Servei de Publicacions, 2001.

Asensio, Josep Maria. *Cómo prevenir el fracaso escolar*. Barcelona, Ediciones CEAC, 2006.

Bagarozzi, Dennis y Anderson, Stephen. *Mitos personales, matrimoniales y familiares: formulaciones teóricas y estrategias clínicas*. Buenos Aires, Paidós, 1996.

Barkley, Russell. *Niños hiperactivos: Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Barcelona, Ediciones Paidós, 1999.

Bastidas, María Mercedes. *Lectura Psicoanalítica del diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en relación al fracaso escolar*. Quito, PUCE, 2006.

Bengoechea, Pedro. *Dificultades de aprendizaje escolar en niños con necesidades educativas especiales: un enfoque cognitivo*. España, Editorial Universidad de Oviedo, 1999.

Brown, Thomas. *Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos*. Barcelona, Ed. Masson, 2005.

Eguiluz, Luz de Lourdes. *Dinámica de la familia: Un enfoque psicológico sistémico*. México, Editorial Pax México, 2003

Feixas, Guillem, y Miró, Ma.Teresa. *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona, Editorial Paidós, 1993.

Feldman, Jean. *Autoestima: ¿Cómo Desarrollarla?: Juegos, actividades, recursos, experiencias creativas*. Narcea Ediciones, Madrid, 2005.

Frola, Patricia. *Los problemas de conducta en el aula. Una alternativa de solución por medio del círculo mágico y otras actividades*. México, Ed. Trillas, 2007.

García, Jesús. *Manual de dificultades de aprendizaje: lenguaje, lecto-escritura y matemáticas*. Madrid, Narcea Ediciones, 1998.

Gratch, Luis Oscar. *El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD) Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez*. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 2009.

Johansen, Oscar. *Introducción a la teoría general de sistemas*. México, Limusa Noriega Editores, 2004.

Joselevich, Estrella. *¿Soy un adulto con AD/HD?* Buenos Aires, Editorial Paidós, 2004.

López-Ibor, Juan. *DSM-IV-TR*. Barcelona, Ed. Masson, 2002.

Martín Zurro, Amando y Cano Pérez, Juan Francisco. *Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica*. Madrid, Elsevier, 2003.

Orjales Villar, Isabel. *Déficit de Atención con Hiperactividad- Manual para padres y educadores*. Madrid, Impresos y Revistas, 1998.

Rosas, María. *Mi hijo tiene déficit de atención*. México, D.F., Cengage Learning Editores S.A., 2008.

Satir, Virginia. *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*. México, Editorial Pax México, 2002.

Schunk, Dale. *Teorías del aprendizaje*. México, A Simon y Schuster Company, 1997.

Uribe, Carlos y Vásquez Rafael. *Historias de La Misericordia: Narrativas Maternas de Hiperactividad Infantil*. Bogotá, Ediciones Uniandes, 2008

Van-Wielink, Guillermo. *Déficit de Atención con Hiperactividad*. México, D.F., Editorial Tillas, 2006.

Varela, Margarita; Ávila, Rosa y Fortoul, Teresa. *La memoria: definición, función y juego para la enseñanza de la medicina*. México, Editorial Médica Panamericana, 2005.

Woolfolk, Anita. *Psicología Educativa*. Pearson Education, México, 2006.

En Internet

Austin, Tomás. *Teoría de Sistemas y Sociedad*.

http://www.robertexto.com/archivo19/teor_sistemas_socied.htm

Acceso: 5 de marzo del 2011

Barnathan, ClaraSelma. *Niños con TDAH, cambios en la interacción familiar a partir del diagnóstico*.

http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/106_barnathan.pdf

Acceso: 28 de agosto del 2010.

Bergès, Jean. *Les enfants hyperkinétiques*.

http://www.freud-lacan.com/Champs_specialises/Presentation/Les_enfants_hyperkinetiques

Acceso 2 de abril del 2011. Texto traducido del francés por el Ps. Francisco Jaramillo.

Botella, Luis y Vilaregut, Anna. *La perspectiva sistémica en terapia familiar: Conceptos básicos, investigación y evolución*.

<http://jmonzo.net/blogeps/terapiafamiliarsistemica.pdf>

Acceso: 1 de septiembre del 2010

Díaz, Joaquín. *Clínica y Etiología del TDAH*.

<http://www.paidopsiquiatria.com/TDAH/CLINICA-ETIOLOGIA.pdf>

Acceso: 15 de septiembre del 2010

Espinosa Osorio, David. *Ludwig von Bertalanffy, teoría general de sistemas*. <http://www.gestiopolis.com/administracion-estrategia/ludwig-von-bertalanffy-teoria-general-de-sistemas.htm>
Acceso 5 de marzo del 2011.

Fundación de Neuropsicología Clínica. www.fnc.org.ar/tdah.htm
Acceso: 28 de agosto del 2010.

Guardado, Adriana. *La Herida Narcisista en los padres de la persona con discapacidad Intelectual*. <http://adrianaguardado.blogspot.com/2007/09/la-herida-narcisista-en-los-padres-de.html>
Acceso: 26 de marzo del 2011.

Guerrero, Alejandra. *Desarrollo del niño durante el Periodo Escolar*. <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/desspsicesc.html>
Acceso: 20 de abril del 2011.

Menéndez, Isabel. *Niños Hiperactivos: Cómo reconocerlos*.
www.psicologoinfantil.com/articulohiperactivo.htm
Acceso: 28 de agosto del 2010

Tenembaum, Silvia. *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: Una causa frecuente de fracaso escolar*.
http://www.intramed.net/UserFiles/Files/Dra._Silvia_Tenembaum.PDF
Acceso: 7 de septiembre del 2010

Terrassa, Carmen. *Adultez*. <http://www.infermeravirtual.com/es-es/situaciones-de-vida/adultez/informacion-relacionada.html>
Acceso: 20 de julio del 2011

Desarrollo de la edad adulta.

<http://www.rena.edu.ve/cuartaEtapa/psicologia/Tema7.html>

Acceso: 23 de abril del 2011

Dinámica Interaccional De La Familia.

<http://orientacionfamiliar.cl.tripod.com/dinamica.htm>

Acceso: 7 de septiembre del 2010

Orientaciones a los padres para desarrollar habilidades sociales.

<http://web.educastur.princast.es/eoep/eeaovied/recursos/recursospadres/ProgHabilidadSocial.pdf>

Acceso: 24 de abril del 2011

http://es.wikipedia.org/wiki/Trastorno_por_déficit_de_atención_con_hiperactividad

Acceso: 15 de septiembre del 2010

<http://www.miportal.edu.sv/sitios/operacionred2008/OR08035079/ADOLESCENCIA.HTM>

Acceso: 23 de abril del 2011

<http://www.paidopsiquiatria.com/TDAH/manual/hiper9.PDF>

Acceso: 6 de abril del 2011.

<http://www.preescolar.es/preescolar-importancia-de-la-educacion-preescolar.html>

Acceso: 12 de abril del 2011

ANEXOS



Nombre del niño _____ Fecha _____

Nombre de la persona que contesta el cuestionario _____

Instrucciones: ¿Creen que el niño presenta problemas para seguir instrucciones, mandatos o reglas en cualquiera de estas situaciones? En caso afirmativo, por favor haga un círculo en la palabra Sí y después otro en el número que describa, desde su punto de vista, la severidad del problema. Si el niño no tiene problemas en una determinada situación, haga un círculo en el No y pase a la situación siguiente.

<i>Situaciones</i>	<i>Sí/No</i> (Rodee una)		<i>Si responde Sí, Indique la severidad</i> (Rodee sólo uno)								
			<i>Ligera</i>						<i>Severa</i>		
Mientras juega solo/a	Sí	No	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Mientras juega con otros niños	Sí	No	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Durante las comidas	Sí	No	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Al vestirse o desvestirse	Sí	No	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Mientras hablan por teléfono	Sí	No	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Mientras mira la televisión	Sí	No	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Cuando hay visitas en casa	Sí	No	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Cuando están de visita en otra casa	Sí	No	1	2	3	4	5	6	7	8	9
En lugares públicos (restaurantes, supermercados, la iglesia, etc.)	Sí	No	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Cuando el padre está en casa	Sí	No	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Cuando se le pide que ayude en casa	Sí	No	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Cuando se le pide que haga los deberes	Sí	No	1	2	3	4	5	6	7	8	9
A la hora de acostarse	Sí	No	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Mientras van en el coche	Sí	No	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Cuando está con el/la canguro	Sí	No	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Anexo 1: Ejemplo de los cuestionarios enviados a padres. Cuestionario de situaciones en casa. (Barkley, 1999, pág. 137)

		¿Qué sucede después?
Cosas que salen bien	Cosas que me salen mal	
		¿Podré hacerlo? ¿Qué necesito para conseguirlo?
Aquí apunto en qué momento suelo tener estos problemas o en qué situaciones no puedo evitar actuar así	Aquí pongo varias formas de solucionarlo	

Anexo 2: Cuadro para la autoevaluación general de la situación actual del niño. (Orjales, 1998, pág. 120)

Inventario de actitudes frente a los problemas de conducta en el aula		
Reflexione y detecte si usted como docente manifiesta alguna de estas actitudes frente a sus alumnos cuando se presentan problemas de conducta	Si	No
1. Te concentras más en los aspectos negativos del comportamiento y del desempeño del alumno o alumnos con conductas disruptivas.		
2. Sin darte cuenta, prejuizas al niño calificándolo de vago, grosero, desatinado o desidioso		
3. De pronto interpretas apresuradamente que sus fallas de conducta son actos deliberados de desobediencia, rebeldía y/o desafío.		
4. Sin querer lo subestimas: normalmente rinden por debajo de sus posibilidades pero cuando alguien las descubre sorprenden con sus alcances positivos		
5. Tiendes a aislarte de los padres; ya sea por su apatía, ya por no tener afinidad y no hay posibilidad de trabajar colaborativamente.		
6. De pronto te sientes cargando todo el problema sobre tu espalda, no te has acercado a los expertos, crees que no son útiles, no hay comunicación con ello.		
7. Te descubres aferrándote a las formas tradicionales en que siempre resuelves estos casos problema, pero ahora no te están funcionando.		
8. No has intentado hacer adaptaciones ambientales y curriculares.		
9. Sigues pensando que el niño y/o su familia son todo el problema,		
10. Aún no descubres que la escuela, el resto del grupo y tal vez tú también son parte del problema.		
11. Tu pronóstico es pesimista, aún no crees que un docente como tú puede hacer mucho por un niño con problemas de conducta y su grupo.		

Anexo 3: Las 11 actitudes que un docente debe evitar frente a los problemas de conducta en el aula. (Frola, 2007, pág. 118)

Su pareja	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
¿Opina que usted toma decisiones sin pensar?				
¿Le dice que usted actúa con demasiada rapidez o sin haber reflexionado?				
¿Opina que usted no le presta atención cuando él/ella le habla? ¿Que no lo/la escucha?				
¿Ve “detrás de usted” corrigiendo errores que le echa en cara?				
¿Se molesta porque usted no cumple con lo que dice que va a hacer?				
¿Le dice que usted no recuerda dónde puso los objetos?				
¿Opina que usted pierde el tiempo?				
¿Cree que a usted no le gusta reconocer que estuvo equivocado/a?				
¿Lo acusa de que usted no lo/la escucha?				
¿Opina que usted habla mucho?				
¿Le recrimina que usted lo/la interrumpe cuando está hablando?				
¿Le dice que usted se olvida de llevar a cabo algo que se comprometió a hacer?				
¿Se siente sola porque dice que usted se enfrasca totalmente en algunas actividades?				
¿Opina que usted muchas veces discute?				
¿Le dice que usted siempre necesita tener razón?				
¿Lo/la rechaza porque usted discute en su presencia con otros?				
¿”Se cierra” con usted por estas cosas?				
¿Le dice “Sí, grandes ideas, pero las empiezas y después ahí quedan, sin terminar”?				
¿Le dice que está cansado/a de su irresponsabilidad?				

<p>¿Opina que usted hace cosas sin medir las consecuencias de sus actos?</p> <p>¿Le dice que se pone mal porque usted se olvida de las fechas (aniversarios, etc.)?</p> <p>¿Le reclama porque deja las cosas para después, "para último momento"?</p> <p>¿Se enoja?</p> <p>¿Toma distancia?</p> <p>¿Le dice que usted pierde el control?</p> <p>¿Le dice que usted dice cualquier cosa que se le ocurre sin tener en cuenta la situación ni los sentimientos del otro?</p> <p>¿Le dice que lo/la quiere pero que no aguanta lo que hace, su comportamiento?</p> <p>¿Le dice que usted no tolera una frustración?</p> <p>¿Opina que usted es impaciente?</p> <p>¿Le dice que usted establece sus propias reglas?</p> <p>¿Se da cuenta de que usted se frustra y de que se siente mal al no poder llevar adelante sus proyectos?</p> <p>¿Prefiere no contarle algo personal porque cree que usted no lo/la escucha?</p> <p>¿Compensa alguna cosa que usted no logra hacer?</p> <p>¿Lo/la sobreprotege a usted?</p>				
--	--	--	--	--

Anexo 4: Cuestionario para reconocer algunos aspectos de la incidencia del ADHD en la pareja (Segmentos). (Joselevich, 2004, págs. 111-113)