

UNIVERSIDAD ADVENTISTA DE CHILE
Facultad de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Psicología

UNIVERSIDAD
ADVENTISTA
DE CHILE



MANIFESTACIONES COMPORTAMENTALES DEL
ESTUDIANTE DIAGNOSTICADO CON TRASTORNO DE
DÉFICIT ATENCIONAL SEGÚN EL CUIDADOR
RESPONSABLE Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

TRABAJO FINAL INTEGRADOR
Presentado en cumplimiento parcial de
los requisitos para optar al título de
Licenciatura en Psicología

Por:

Patricia Caris Muñoz
Jessica Herrera González
Loreto Punucura Arancibia
Maite Sandoval Leiva

Profesor guía: Cecilia Iris Cisternas Isla

Chillán, Chile, octubre de 2016

RESUMEN

El objetivo de nuestra investigación es el estudio exploratorio de las manifestaciones comportamentales de niños diagnosticados con el déficit atencional y la funcionalidad de la familia según el cuidador responsable del niño. Para ello, se utilizaron los cuestionarios; de Connors para padres y Apgar familiar. La metodología del estudio fue cuantitativa, con un muestreo no probabilístico por conveniencia, abarcando a niños desde primero a cuarto de enseñanza básica en diversas escuelas alrededor de Chillán.

El objetivo general de la investigación fue relacionar las variables de las manifestaciones comportamentales que evidencien los niños diagnosticados con el Déficit de Atención y la funcionalidad familiar que reportan los cuidadores responsables, en este caso, los apoderados de los estudiantes. Se destaca dentro de los resultados, las relaciones estadísticas de los antecedentes sociodemográficos obtenidos de las encuestas, no demostrándose relación entre los puntajes obtenidos en la escala de Connors y Apgar.

Se recomienda para futuras investigaciones concebir una muestra más equitativa y representativa, incluyendo una población mayormente amplia. Por otro lado, para tener variada información respecto al tema sería necesario incluir algunos test diferentes que den posibilidad de comparar más datos.

PALABRAS CLAVE: Déficit atencional, funcionalidad familiar, Connors, Apgar, cuidador responsable.

DEDICATORIA

A nuestras familias y amigos, por su fe y amor en
cada paso de nuestra formación profesional.

A Dios, por su fidelidad en sus promesas
“Encomienda a Jehová tu camino, y confía en Él; y Él
hará.” Salmos 37: 5

RECONOCIMIENTOS

Primeramente agradecemos a Dios, por su sabiduría y amor que nos ha guiado hasta este momento en nuestra formación profesional.

Agradecemos a cada una de nuestras familias quienes con su entrega y confianza nos depositaron una semilla de amor, les debemos lo que somos hoy en día y lo que seremos en un futuro, psicólogas en las manos de nuestro de Dios.

Agradecemos a nuestra Profesora Guía, Ps. Cecilia Cisterna, por su apoyo y paciencia en esta importante etapa.

Agradecemos enormemente a nuestro Metodólogo Académico, Ismael Morales, quién nos brindó los conocimientos necesarios para la realización de esta tesis, así mismo, por habernos infundido confianza y paciencia.

Agradecemos a nuestra Directora de carrera, M. Ps. Lisnay Berdugo, por su ejemplo quién nos ha fortalecido de manera personal como profesional.

“Encomienda tus obras al Señor, y tus propósitos se afianzarán” (Proverbios 16:3).

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE TABLAS	VII
LISTA DE ABREVIATURAS UTILIZADAS	VIII
CAPÍTULO I ANTECEDENTES Y NATURALEZA DEL ESTUDIO	1
Introducción	1
Planteamiento del problema	2
Descripción del problema e hipótesis	2
Objetivos.....	3
Importancia y justificación	3
Delimitaciones	5
Limitaciones	5
Definición de términos	6
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	6
Desarrollo biopsicosocial del ser humano.....	7
Desarrollo en la primera infancia	8
Desarrollo de los niños en etapa escolar.....	9
Influencias de los cuidados y crianza en el desarrollo infantil	11
Influencia familiar en el desarrollo del niño.....	13
Familia y salud	14
Origen del Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad.....	15
Origen del trastorno.....	15
Conceptualización del TDAH	16
Criterios de Diagnóstico para el TDAH.....	17
Comorbilidad al Trastorno de Déficit Atencional	19
Diversidad en los tratamientos	20
Disfuncionalidad familiar.....	21
Disfuncionalidad familiar en presencia del trastorno TDAH.....	23
Percepción del cuidador hacia el niño diagnosticado.....	24
Investigaciones similares.....	28
CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	31
Tipo de investigación y diseño.....	31
Población y muestra.	31
Criterios de inclusión.....	31
Criterios de exclusión.....	31
Instrumentos de recolección de datos	37
Procedimientos	38
Aspectos éticos	38
CAPÍTULO IV RESULTADOS.....	39
CAPÍTULO V DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	48
Discusión	48
Recomendaciones	52
ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO	54

ANEXO 2 INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN.....	57
ANEXO 3 TABLAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICOS.....	59

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Tratamiento Multimodal para el tratamiento de TDHA.....	20
Tabla 2 Principales abordajes farmacoterapéuticos en niños diagnosticados con TDHA	21
Tabla 3. Edades de cuidadores y de escolares diagnosticados con TDAH en colegios de Chillán...	39
Tabla 4. Antecedentes sociodemográficos de escolares diagnosticados con TDAH en colegios de Chillán.....	39
Tabla 5. Tipo de tratamiento recibido por escolares diagnosticados con TDAH en colegios de Chillán.....	40
Tabla 6. Ítems de la Escala de Conners y sus puntuaciones para escolares diagnosticados con TDAH en colegios de Chillán.....	41
Tabla 7. Apgar familiar y sus puntuaciones escolares diagnosticados con TDAH en colegios de Chillán.....	42
Tabla 8. Evaluación según Apgar familiar escolares diagnosticados con TDAH en colegios de Chillán.....	42
Tabla 9. Puntuaciones del Test de Conners escolares diagnosticados con TDAH en colegios de Chillán.....	43
Tabla 10. Diferencias entre el género y puntajes del Test de Conners escolares diagnosticados con TDAH en colegios de Chillán.....	43
Tabla 11. Evaluación del Test de Conners según género en escolares diagnosticados con TDAH en colegios de Chillán.....	45
Tabla 12. Tabla de contingencia para las variables Test de Conners y Apgar, en escolares diagnosticados con TDAH en colegios de Chillán	47
Tabla 13. Correlación de Spearman para los valores obtenidos en la escala de Conners y en Apgar, en escolares diagnosticados con TDAH en colegios de Chillán	47
Tabla 14. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra	59

LISTA DE ABREVIATURAS UTILIZADAS

DSM-V: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* edición V (en inglés, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*).

TDA: Trastorno de Déficit Atencional

TDAH: Trastorno por déficit atencional con hiperactividad

PIE: Programa de Integración Escolar

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES Y NATURALEZA DEL ESTUDIO

Introducción

El Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad, conocido como TDAH, según Díaz, (2015) “es un trastorno de origen neurológico causado por el desequilibrio entre la noradrenalina y la dopamina, neurotransmisores cerebrales, que afectan directamente a las áreas del cerebro responsables del autocontrol y de la inhibición del comportamiento inadecuado.” (p. 4). En la actualidad las estadísticas en relación al TDAH indican, como por ejemplo, desde el 2003 al 2011 la tasa de diagnóstico subió en un promedio del 5%, y que al menos uno de cada tres niños con TDAH recibieron tratamiento farmacológico y/o terapia conductual (principalmente en Estados Unidos), como lo menciona la página web de Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2015). A la vez, se ha observado, una relación en cuanto a la presencia del trastorno, por una niña, existen dos niños diagnosticados con el trastorno (tdahytu, 2014).

Según la American Psychiatric Association (2013), el TDAH manifiesta tres síntomas nucleares; la inatención, la hiperactividad e impulsividad, presentándose en menor o mayor grado en función del subtipo. Para que los síntomas de cualquiera de los subtipos, se asocien al Déficit Atencional, se deben dar ciertas condiciones. Una de ellas es que los síntomas se deben presentar antes de los siete años, manteniéndose en el tiempo, mínimo seis meses. Además, deben afectar en dos o más ámbitos de la vida del niño, como en el ámbito familiar, hogar, colegio o vida social de la persona y el impacto debe ser significativo, es decir, el deterioro en su rendimiento es importante. Por otro lado, si el diagnóstico es oportuno, junto con el tratamiento adecuado, se ha demostrado, que influye en una positiva evolución del trastorno (tdahytu, 2014).

Como se mencionaba anteriormente, los criterios diagnósticos del DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) sugieren que el niño presenta un deterioro significativo en ámbitos de su vida. Para fines de esta investigación, se considera al ámbito familiar. Con la manifestación de los síntomas, no sólo se expondrá el niño a estas dificultades, sino a todos los integrantes de la familia. Quintero menciona que la familia es un grupo caracterizado por la unidad de sus miembros, ya sea, en vínculos sanguíneos o en relaciones de dependencia. Aquí será donde el niño aprende el comportamiento adecuado, que más tarde le facilitará la adaptación a los demás sistemas, tales como el colegio u otro ámbito social (Cardona, Eusse, Figueroa, Garizado, Sanchez & Torres, 2014). Dentro del sistema familiar, los padres serán uno de los más afectados con la presencia del trastorno, existiendo, en la mayoría de los casos, comportamientos que pueden ser: “sentimientos de frustración, tristeza, culpabilidad, estrés, baja autoestima, desconfianza en sus habilidades como padres y problemas con la pareja” (Díaz, 2015, p. 5). Por otro lado, Isorna (2013) señala que lo que subyace a estos sentimientos

es “miedo a una ruptura de las expectativas y valores familiares” (p. 123). Desde el punto de vista de los niños este mismo autor indica que:

Los padres representan la fuente de seguridad, los modelos a seguir, el reflejo mismo de lo que los/las hijos/as sienten que son, la base fundamental sobre la que construyen su propia escala de valores y el concepto de disciplina y autoridad. De los padres depende en gran medida, la mejor o peor evolución de la sintomatología que presenta el/la niño/a hiperactivo. (p. 123).

Por lo tanto, para un niño con TDAH, así como para cualquier niño, es muy importante la aceptación y el amparo familiar.

Desde una mirada más amplia, se considera también la salud en la familia. Al respecto, González Benítez (2000), establece que salud de uno de los individuos del grupo afecta al sistema familiar, interactuando recíprocamente, señala que “cualquier problema de salud individual puede llegar a crear un problema de salud familiar” (pár. 14). Está comprobado que existen repercusiones negativas en todo el sistema frente a un diagnóstico de Déficit Atencional (Isorna, 2013). En 1976 un comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), definió la salud del conjunto de la familia, como un hecho que está determinado por la capacidad de funcionamiento efectivo que posee esta, como unidad biopsicosocial en el contexto de una cultura y sociedad dada. En otras palabras, la crisis se enfrentará, dependiendo de los recursos existentes en la familia, así como de la resistencia ante los cambios en el funcionamiento de la familia (Díaz-Loving, García-Méndez, & Rivera-Aragón, 2015), y cómo enfrentaran la eventualidad presente.

Planteamiento del problema

¿Cómo las manifestaciones comportamentales del estudiante diagnosticado con Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad y la funcionalidad familiar se relacionan?

Descripción del problema e hipótesis

La importancia de un buen funcionamiento familiar radica, como se mencionó anteriormente, en todas estas reacciones que tienen los integrantes del grupo familiar, en especial los padres o del cuidador responsable (Díaz, 2015), ya que estos serán quienes lleven la responsabilidad del diagnóstico y tratamiento que recibirá el niño (Isorna, 2013). Por esta razón, se reconoce la relevancia de una investigación en el ámbito familiar, en que, uno de los miembros esté diagnosticado de TDA con o sin Hiperactividad relacionado con el funcionamiento familiar que indicaría el estado de salud o la adaptación que tiene el grupo.

El funcionamiento familiar reportado por el cuidador responsable del estudiante, se relacionará con el grado en que se manifiesten los síntomas en el niño. Esto podría influir positiva o negativamente en

cada uno de los miembros del conjunto familiar. Tal como lo refiere Isorna (2013), si los padres poseen una información detallada sobre el TDAH y cómo se expresa, tendrán presente que “el problema tiene solución, pero que de no tomar las medidas oportunas irá creciendo en los próximos años” (p. 123).

Minuchin (2003) menciona que las familias intentan mantener pautas donde existe conformidad en relación al funcionamiento eficaz. Es decir, el sistema “ofrece resistencia al cambio más allá de cierto nivel y conserva las pautas preferidas durante tanto tiempo como pueda hacerlo” (p. 83). Por lo tanto, cualquier desviación que vaya más allá de lo que puedan tolerar, el sistema activará mecanismos que restablezcan el nivel habitual. Cuando ocurren situaciones de desequilibrio en el sistema, en este caso sería el surgimiento del diagnóstico de uno de los integrantes del grupo, es habitual que los integrantes del sistema familiar consideren que el resto de los miembros no cumplen con las obligaciones o deberes, ya sean, implícitos o explícitos y surgen culpabilidades entre ellos. De esta forma, la falta o la adquisición de conocimiento del trastorno podría ser un aporte en cuanto al mantenimiento de estas pautas o el quiebre de alguna de ellas.

Basándose en la revisión de algunos autores, como se describe en los párrafos anteriores, es posible plantear la siguiente hipótesis:

Las manifestaciones comportamentales del estudiante diagnosticado con Trastorno de Déficit Atencional disminuyen según mejor sea la funcionalidad familiar.

Objetivos

Objetivo general. Determinar la relación entre las manifestaciones comportamentales del estudiante diagnosticado con Trastorno de Déficit Atencional y la funcionalidad familiar.

Objetivos específicos. Conocer las características sociodemográficas del cuidador y del niño diagnosticado con Trastorno de Déficit Atencional.

- Determinar cuáles son las manifestaciones comportamentales más frecuentes en los estudiantes que presentan un diagnóstico de Déficit Atencional aplicando el test de Conners para padres.
- Evaluar el funcionamiento familiar con la aplicación del test de Apgar familiar reportado por los cuidadores de los niños diagnosticados.
- Relacionar los puntajes de ambos test aplicados entre sí y con las variables sociodemográficas.

Importancia y justificación

Como se ha señalado anteriormente la familia, en sí misma, no es considerada como etiología del trastorno, aunque se pueden mantener o agudizar los síntomas a medida que se desarrolla, puesto que la disfunción en el ambiente más cercano del niño es parte de los factores de riesgo (García- Castellar, Miranda-Casas, Jara-Jiménez, Presentación-Herrero, & Siegenthaler-Hierro, 2006). Colomer (2013),

señala que el 88% de los padres con hijos diagnosticados de TDAH presenta un nivel elevado de estrés, el 75% de estos padres creen ser incapaz de manejar el comportamiento de su hijo. El 50% reconocen que podrían ser mejores padres. El 50% tiene dificultades con la pareja producto de enfrentamientos a causa de su hijo. Un 31% siente que tiene una restricción en la vida social. El 44% considera que el niño que presenta el diagnóstico incomoda a sus hermanos. En el ámbito laboral, las familias, también indicaron que la sintomatología de sus hijos impacta de alguna manera, al igual que las relaciones sociales. Esto se ve reflejado en el 14% que cambió su horario de trabajo para estar más próximo a atender las dificultades de su hijo, como consecuencia, trajo complicaciones a la hora de mantener el empleo. El 32% reconoce que ayudar a su hijo en sus deberes es una carga en su cotidiano vivir. Por último, el 11% se sentían aislados en el barrio, en grupos sociales, inclusive dentro de sus propias familias producto del mal comportamiento que presentan sus hijos.

Para algunas familias, los síntomas del TDAH, como lo son los rasgos hiperactivos y de falta de atención, se vuelven parte de la dinámica familiar llegando a naturalizarse, siendo luego la comunidad educativa quien da la alerta para comenzar un tratamiento y afrontar el trastorno (Benítez, Caicedo Mera, Dueñas Gómez, Gómez, Izquierdo, & Vásquez, 2011). Tanto los estudios de García-Castellar *et al.* (2006), y la publicación de Isorna (2013), concuerdan con lo anterior. Además plantean, que el tener información acerca de lo que le acontece al niño, junto con la manera de interactuar con ellos, no perdiendo la comunicación en la familia, son recursos que reducen estas fricciones, y aportan a la construcción de un ambiente más adaptado.

En investigaciones de Chile, hay un vacío en cuanto al tema escogido, dando prioridad a investigaciones de carácter neurológico o incluso en los entornos educativos. Tal como se explicitará más adelante, el funcionamiento familiar se ve comprometido ante el estrés producido por uno o más de sus miembros, lo que sucede usualmente con aquellas familias que tienen hijos con TDAH.

Siendo en la familia donde se realizan las decisiones pertinentes al tratamiento o no del TDAH, no podemos restarle importancia al rol que cumple, por lo que en constancia con lo dicho, vemos necesario realizar una investigación de carácter exploratorio para conocer la realidad en familias chilenas.

Por esta razón es sustancial evaluar el conocimiento de las manifestaciones del TDAH en la conducta del niño, que en la mayoría de los casos es propiciado por profesionales educativos o de la salud. Por otra parte, establecer la relación con la utilidad que las familias le otorgan logrando adaptación o disfunción en sus dinámicas familiares.

Delimitaciones

Cobertura o delimitación geográfica. En la investigación se incluyen, colegios básicos particulares y municipales que posean el Programa de Integración Escolar, ubicados en la comuna de Chillán. Región del Bío-Bío.

La población a estudiar es el primer ciclo de enseñanza básica que corresponde a los cursos de 1° a 4° básico. Encontrándose casos con un diagnóstico inicial de Déficit Atencional (con y sin hiperactividad).

La muestra incluye aproximadamente a 20 cuidadores responsables de niños diagnosticados con TDA en los colegios básicos vinculados a la investigación.

Cobertura o delimitación temporal. Esta investigación se realizó durante el periodo 2016.

Limitaciones

En el desarrollo del estudio sobre el Trastorno por Déficit Atencional con y sin Hiperactividad, las limitaciones están enfocadas, principalmente, a algunos aspectos básicos de la población:

En primera instancia, el diagnóstico de los niños, se encontrarían de forma reciente. El niño se encuentra comenzando la inserción en el contexto educacional, por lo que la edad en que se detecte, influye, dado que, la hiperactividad y la inatención en niños pequeños y pre adolescentes, puede estar relacionado a otro trastorno y no necesariamente al TDAH (Fundación Cantabria Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad, 2012).

Otra posible limitación, estaría relacionada al género, ya que, según varios estudios científicos, aluden a que se diagnosticaría con mayor frecuencia a los niños, con un 13,2% que en niñas, con un 5,6%, por ende dependerá de lo simétrico de la muestra.

Dentro de las limitaciones también se encuentra el tipo de TDAH, debido a que este trastorno está dividido en sub categorías, clasificadas en: el tipo predominante inatento, tipo predominante hiperactivo-impulsivo y el combinado. Al presentar distintas características puede variar el nivel de adaptación y las manifestaciones de la conducta en el niño diagnosticado con TDAH (American Psychiatric Association, 2013).

Por último, aunque no menos importante, se encuentra el nivel socioeconómico y socio cultural; puesto que, el tratamiento proporcionado al niño diagnosticado con TDAH, dependerá de los recursos que cuente el sistema familiar para proveer ayuda, ya sea, complementando la que el establecimiento educativo del niño brinda o apoyo exclusivo particular. Según Cruz (2014) es relevante considerar que las familias que posean un nivel socioeconómico bajo; aumentarán las exposiciones a factores de riesgo, o a un mal diagnóstico del trastorno, producto a una falta de información. Por otro lado, está el

nivel sociocultural; de igual manera, expone al niño a factores de riesgos negativos y estilos de crianza negligentes, o consumo inadecuado de alimentos negativos para su desarrollo óptimo.

Definición de términos

Trastorno por déficit atencional con Hiperactividad (TDAH). El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo, definido por niveles problemáticos de inatención, desorganización y/o hiperactividad-impulsividad. La inatención y la desorganización implican la incapacidad de seguir tareas, que parezca que no escuchan y que pierden los materiales a unos niveles que son incompatibles con la edad o el nivel del desarrollo. La hiperactividad-impulsividad implica actividad excesiva, movimientos nerviosos, incapacidad de permanecer sentado, intromisión en las actividades de otras personas e incapacidad para esperar siendo excesivos para la edad o el nivel de desarrollo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Funcionalidad familiar. La funcionalidad familiar es cuando el sistema promueve un desarrollo integral Herrera Santí (2000), menciona que la familia con un funcionamiento adecuado, puede promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento de estados de salud favorables en éstas.

Manifestaciones comportamentales del TDAH. Las manifestaciones en el comportamiento del trastorno de déficit atencional son principalmente de tres tipos según el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales déficit en la capacidad de prestar atención en tareas cotidianas, impulsividad en las acciones y el relacionamiento con las demás personas, y la hiperactividad en la motricidad (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Cuidador responsable. El Ministerio de Justicia (2013), especifica que para la protección y cuidados del menor, existen tres tipos de cuidadores: la pareja que producto del deseo de extender su descendencia tiene hijos y ambos conservan la tuición legal de estos. En caso de separación de los padres, los hijos pueden permanecer con uno de los progenitores la mayor parte del tiempo. La elección de quién conservará a los menores se hace de diversas maneras, sin embargo, siempre el factor preponderante será resguardar el bienestar del niño, estableciendo cuál de los padres, en relación a sus condiciones físicas, socioeconómicas y psicológicas se encuentre en mejor posición para propiciar los cuidados a los niños. En último lugar si encuentran los cuidadores que corresponden a parientes consanguíneos, producto de las condiciones de los progenitores no pueden hacerse cargo, los infantes pasan a éstos, que si pueden otorgan cuidados y protección a los menores.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

Desarrollo biopsicosocial del ser humano

El presente trabajo investigativo se centra en dos enfoques, colocando en perspectiva aspectos relevantes a considerar para una mejor intervención en el diagnóstico del Trastorno de Déficit Atencional con o sin Hiperactividad y las interacciones en su ambiente familiar. En primer lugar, el estudio se apoya en literatura basada en la epistemología sistémica. Éste enfoque se define bajo las teorías que han estado orientadas a la comprensión de la capacidad comunicativa de los seres humanos conformando los sistemas de interacción. Por otro lado, se definen conceptos estudiados por la psicología evolutiva, específicamente centrada en la etapa infantil de la evolución humana. La psicología del desarrollo tiene como objetivo estudiar el “cambio comportamental a lo largo del transcurso del tiempo, es decir, a lo largo de todo el ciclo vital del ser humano” (Corral & Pardo de León, 2012, p. 24). Estudiar el desarrollo normativo amplía la comprensión del origen de características patológicas que se presentarán durante el ciclo vital. En esta ocasión la investigación se dirige a generar conocimiento, para ser utilizado en contextos terapéuticos y educativos con los niños.

La mirada al ser humano, a lo largo de la historia, se ha tornado a un enfoque integrador; la persona es vista como un ser que se desenvuelve en variadas dimensiones, sin embargo, el desenvolvimiento de un área, no es un progreso aislado, por el contrario, son perfecta y recíprocamente influenciadas. Los científicos, a lo largo de la historia han especificado tres dominios principales en las que el ser humano se desarrolla; biológica, cognitiva y psicosocialmente. Como se menciona anteriormente, la relación que posee un área estará en función de las otras. Es decir, si las capacidades físicas, se encuentran alteradas, afectará, impidiendo un buen despliegue del funcionamiento a nivel cognitivo o intelectual y psicosocial. Este enfoque es denominado como el biopsicosocial, bajo el cual se pretende otorgar algunas descripciones (Stassen Berger, 2012).

Los científicos evolutivos, han especificado el desarrollo a lo largo de la vida, descrito como el ciclo vital, definiendo etapas. Éstas se caracterizarán por presentarse cronológicamente en los individuos, y manifestando algunos patrones generales, relativamente estables. De todos modos, es importante considerar que las descripciones fueron realizadas en la sociedad occidental. Asimismo, las personas poseen características distintas y enfrentarán su desarrollo de acuerdo a las habilidades individuales. Por otro lado, es necesario contemplar las circunstancias del desarrollo, que dan lugar a que se potencien algunas capacidades más que otras (Duskin, Papalia, & Wendkos, 2010).

El periodo en que mayormente transcurre el crecimiento, será la primera infancia y la niñez media (Baucum, & Craig, 2009). Asimismo, la segunda área en que el ser humano se desarrollará, es la cognoscitiva. Duskin *et al.* (2010), describen el desarrollo cognoscitivo como las habilidades del

aprendizaje, lenguaje, creatividad, atención, memoria, capacidad de pensamiento y razonamiento. Éstas habilidades son fundamentales para que el niño se involucre de manera correcta consigo mismo y con los demás, funcionan como base para la tercera área de desarrollo; la psicosocial. En cuanto a éstas capacidades del desarrollo, serán la base para la construcción de la personalidad del sujeto, fortaleciendo una relación adecuada con lo que le rodea. Por este motivo, es relevante revisar los estudios que indican, cómo será el desarrollo propicio a lo largo de las etapas evolutivas del niño.

Desarrollo en la primera infancia

Concerniente a la etapa evolutiva de la infancia, es posible identificar tres divisiones a las que Baucum y Craig (2009), se refieren. El primer periodo del desarrollo, es el prenatal. En ésta, el bebé se prepara en el vientre materno, fisiológicamente, mediante la formación y maduración de sus órganos para enfrentar el mundo externo. El parto será un momento importante, ya que, recibe la primera evaluación médica determinando la condición física en la que se encuentra el recién nacido. La detección de alguna alteración tempranamente, permite tomar medidas oportunas para el desarrollo posterior del niño. Igualmente, el nacimiento es relevante, ya que posibilita la apertura de un nuevo proceso en la dinámica familiar, creando nuevos patrones de adaptación en el sistema, en donde cada miembro, ocupa sus recursos para responder al nuevo integrante de la familia. A continuación, el bebé pasa a la segunda etapa del ciclo vital, la primera infancia. Concerniente al desarrollo físico, la maduración de su cerebro, especialmente, permitirá que pueda desarrollar las habilidades cognoscitivas, y conjuntamente, las psicosociales.

La segunda etapa del ciclo vital, es la infancia temprana. Principalmente el desarrollo se alcanzará mediante la exploración y el descubrimiento. Los bebés fortalecen su cuerpo, a través, del movimiento motriz, potenciando además, la capacidad intelectual. En las primeras semanas, el bebé no ha alcanzado la maduración de los centros superiores del cerebro, por lo que gran parte de estas habilidades, las adquirirá por los reflejos. Estos son mecanismos de adaptación y supervivencia del lactante. Hay comportamientos o actitudes que son consideradas, igualmente, como reflejos pero que no tienen el objetivo de la supervivencia, sin embargo, potencian el desarrollo psicosocial aumentando la capacidad para interactuar con su entorno y con los que le rodean.

Las habilidades cognitivas en la infancia temprana, se alcanzan mediante la exploración sensitiva. Justamente, Piaget define algunas de estas capacidades, que alcanzarán los niños en esta etapa. Una de ellas es la función simbólica, en la primera infancia adquieren el lenguaje, representando su pensamiento en símbolos lingüísticos y numéricos (citado en Duskin *et al.*, 2010). Dentro de ésta teoría, se menciona la permanencia al objeto, en donde el niño aprenderá a reconocer la existencia de personas u objetos en el espacio y tiempo, aun cuando estos no se encuentren frente a él. Precisamente, el fortalecimiento de ésta habilidad estará directamente vinculado a la memoria visual. En otros

estudios, algunos científicos han manifestado que los bebés tienen mayormente desarrollada ésta capacidad. Conjuntamente, reconocen que los recién nacidos, recuerdan experiencias asociadas con la experimentación y el contacto con los objetos (Baucum & Craig, 2009).

Las adquisiciones de competencias cognitivas y la maduración sensoriomotriz, descritas anteriormente, estarán completamente relacionadas con el logro de las habilidades psicosociales. Una forma de desarrollarse en éste ámbito es la interacción social del recién nacido, con quienes propicien sus primeros cuidados formando el apego. El apego es un vínculo fomentado por conductas recíprocas dirigidas al contacto físico, formando una interrelación cargada de sentimientos intensos (Baucum & Craig, 2009). Más adelante el bebé, a través del juego, aumenta la capacidad de simulación e imitación, y la comprensión de las identidades (Duskin *et al.*, 2010).

En los primeros meses de vida, el bebé no reconocerá entre su propio ser y los otros. La personalidad se formará a continuación, mediante la socialización. Esto implica que aprenderá a “asimilar normas sociales de conducta, leyes reglas y valores... más tarde aprenderá a vivir con las contradicciones e hipocresía de la sociedad” (Baucum & Craig, 2009, p. 168). Para moldear su personalidad, el niño aceptará o rechazará activamente las normas que se le han presentado en las primeras etapas de la vida. De igual manera, el lenguaje se utiliza en éste contexto social, pero no sucederá si fisiológica o cognitivamente el niño no se encuentra preparado. Una diversidad de estudios (Duskin *et al.*, 2010) demuestran que el desarrollo del lenguaje que fomenten los padres, potencia la comprensión de pensamientos y emociones, no tan sólo de ellos mismos, sino que también, de las personas con las que interactúan. Además, suelen reconocer puntos de vista diferentes a los suyos con mayor facilidad. Una forma de fomentar estas habilidades en el ámbito social, es a través del juego en que los niños ocupen diferentes roles, pudiendo reconocer emociones y causalidad de los sentimientos de los personajes dentro de una historia.

Desarrollo de los niños en etapa escolar

En esta etapa, los niños se involucran con la educación escolar. En la que existe un desarrollo del niño especialmente en el ámbito social, ya que, se amplía el contexto de interacción, que en un inicio sólo es familiar. El desarrollo físico y cognitivo estará relacionado a las habilidades sociales que colocará en práctica el niño para desenvolverse en este nuevo desafío. (Duskin, *et al.*, 2010).

Respecto a las habilidades cognitivas, que mayormente se desarrollan, en esta etapa vital, son las funciones ejecutivas, ya que, el cerebro incrementa su crecimiento físico y se fortalecen algunas vías neuronales. Las principales capacidades serán la planificación, supervisión y evaluación de sus propios pensamientos, es decir, los niños se tornan más conscientes de sus procesos mentales. Esto facilita el aumento en la atención selectiva donde podrá concentrarse en algunos estímulos específicos e ignorar otros. La automatización, también será un proceso que se verá favorecido en la edad escolar, en donde

muchos pensamientos o comportamientos se secuencian automatizándose, lo que significa que el niño pensará menos lo que hace y sólo actuará (Stassen Berger, 2012). Se ha observado que en el trastorno por déficit atencional, ésta es una capacidad levemente disminuida, afectando a la memoria de trabajo impidiendo la automatización de hechos y procedimientos sobre todo en relación a tareas de carácter lógico- matemático (García Castellar, *et al.*, 2002).

El Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad es diagnosticado en esta etapa del desarrollo, el que se especifica con mayor detalle más adelante. Este corresponde a un trastorno mental, el que se define como “un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 5). La dificultad, en este caso se presenta principalmente, en el contexto social, familiar y académico. Esto se enlaza con la psicopatología del desarrollo, que corresponde, según Stassen (2012), a la investigación de diferentes campos científicos que se vinculan con el estudio del desarrollo normal, determinando el curso y origen de la psicopatología, y de qué forma podrá prevenirse. Precisamente, en los años escolares, producto de la agrupación por edad y el establecimiento de un cronograma predeterminado de adquisición de conocimientos por parte de los niños, los problemas que se presentan en cuanto al desarrollo normativo, se ven evidenciados. Se denota la diferencia que un escolar, en particular, tendrá con el resto de sus pares. Aunque, es en ésta etapa que podrá aliviarse la sintomatología de algunos trastornos con la intervención temprana de la problemática.

Otra de las dimensiones del desarrollo, es la psicosocial. En la infancia media se forma el autoconcepto, definiendo la autoestima, por lo que las influencias que recibe de su entorno más cercano serán de suma relevancia, ya que el niño se valdrá de éstos para tener referentes en la construcción de su propio yo (Duskin *et al.*, 2010). Respecto a esta misma dimensión, se mencionan algunas teorías o investigaciones que hacen alusión a la adquisición de capacidades psicosociales. Una de ellas es la teoría de asunción de papeles de Selman, principalmente refiere que los niños desarrollan la capacidad de adoptar puntos de vista de otras personas comprendiendo no tan sólo pensamientos, sino que también sentimientos y conductas de los demás. Describe cinco etapas principales, pero de acuerdo a los fines de éste capítulo sólo se especificarán las que corresponden a la infancia media. Entre los 6 y 8 años, la asunción de papeles será social- informativa, en la que el niño nota que otras personas tienen puntos de vista distintos a los de él, pero lo atribuye a que cuenta con poca información. La siguiente asunción es la autorreflexiva, presentándose entre los ocho y diez años de edad, en ésta los niños reconocen que aun teniendo la misma información pueden existir variados

puntos de vista, logran colocarse en la posición del otro, aunque se les dificulta considerar su conducta y la de otros de manera simultánea (Kipp & Shffer, 2007).

Influencias de los cuidados y crianza en el desarrollo infantil

El niño desde la primera etapa de su vida se ve influenciado por diversos factores ambientales; desde la estimulación que recibe de los padres y la familia, en especial la crianza de los padres, hasta el lugar sociodemográfico y cultural en que está inserto su grupo de apoyo primario (Stassen Berger, 2012).

Uno de los factores más importantes para el desarrollo del niño es el apego, como se menciona anteriormente en el texto. El tipo de apego que se forme con la madre o con el padre en las etapas tempranas del desarrollo propicia una base sólida para el posterior crecimiento, además vincula a los hijos con sus padres determinando, en gran medida, el estilo de crianza que los padres mantendrán (Amar & Martínez, 2011).

Algunos estudios (Kipp & Shffer, 2007), evidencian la influencia positiva que tiene sobre los niños y su futuro, el tipo de apego seguro. Por otro lado, se especifican las consecuencias negativas que conlleva la formación de un apego desorganizado con el cuidador. Relacionado a éste, se observa que los niños que tuvieron este tipo de vinculación con sus padres corren el riesgo de presentar mayores conductas hostiles y agresivas, creando la posibilidad de ser rechazados por sus compañeros en etapas pre escolares o más adelante. De este modo, presentan disminución en las habilidades sociales, teniendo menos herramientas para interactuar con otros. En otras palabras, el relacionamiento que tendrán con su/s cuidador/es afectará en las representaciones cognoscitivas, que el niño haga de sí mismo y de los otros. Sin embargo, el apego no determina en su totalidad el futuro del desarrollo de una persona, ya que, si el infante construye una relación de confianza con otra persona, ya sea el padre o cualquier otro cuidador, en general, contribuye a disminuir o anular las consecuencias negativas que formaría el apego inseguro.

Otro factor relevante en el desarrollo del infante es la crianza que reciben en edad escolar. La crianza, se puede definir como la actitud de nutrir o dirigir al niño, como se orienta y se instruye. En otras palabras:

Se refiere al entrenamiento y formación de los niños por los padres o por sustitutos de los padres. También se define como los conocimientos, actitudes y creencias que los padres asumen en relación con la salud, la nutrición, la importancia de los ambientes físico y social y las oportunidades de aprendizaje de sus hijos en el hogar. La crianza del ser humano constituye la primera historia de amor sobre la que se edifica en gran parte la identidad del niño y se construye el ser social (Cardona, Eusse, Figueroa, Garizado, Sanchez, & Torres, 2014, p. 29).

Es por esto que las influencias parentales, como la posibilidad de identificación con estas figuras, están en constante relación con la creación de una sana autoestima e identidad que se mantiene hasta la adolescencia. Como consecuencia, esto mismo influirá en el progreso académico que obtendrán los hijos (Kipp & Shffer, 2007). Por otro lado hay situaciones en que una de las figuras no se encuentra próxima o las relaciones entre los padres es disfuncional. Los niños también se verán afectados, de alguna manera por estos acontecimientos.

Un ejemplo de ello es el que los niños experimenten el divorcio de sus padres, podría afectar la crianza brindada por los padres. Frecuentemente, los hijos, se ven rodeados de un ambiente tenso y agresivo producto de las discusiones de las parejas. Esto provoca en ellos el miedo a ser abandonados por los padres, más aún si observa que uno de sus cuidadores se desvincula del hogar, provocando temores y emociones desagradables, inclusive, llegan a culpabilizarse por la separación de estos. El desarrollo psicológico del niño se verá afectado, además se observa un menor rendimiento académico, disminuyendo su capacidad de concentración y aprendizaje. Asimismo, los niños expresarán todo este malestar en comportamientos disruptivos, comprobando si el mundo y sus reglas continúan de la misma manera o si eso ha cambiado también (Baucum & Craig, 2009).

En un estudio, mencionado por Duskin *et al.* (2010), se establece una relación entre conflictos en la pareja matrimonial y una crianza ineficaz. Los niños que estaban bajo este tipo de crianza, tuvieron mayor tendencia a manifestar conductas de internalización referidas a sensaciones intrínsecas como el miedo o ansiedad, es decir, interiorizan los problemas emocionales. Igualmente presentaron conductas de externalización, en este caso, el infante muestra, a través de su comportamiento, los problemas emocionales, por ejemplo, conductas disruptivas, hostiles o agresivas como la desobediencia.

En ocasiones, producto de separaciones maritales u otras razones, la crianza será llevada a cabo, tan sólo por una de las figuras parentales. Según los estudios (Baucum & Craig, 2009), la mayoría de los casos es por la madre. Tras este acontecimiento familiar, las dificultades que enfrentan el cuidador y el niño son mayores que las familias, en donde ambas figuras se encuentran presentes. El motivo de estas dificultades, principalmente, se debe al menor ingreso socioeconómico. En estos casos, la madre tiene la responsabilidad de proveer en el hogar para sus hijos, a veces sin ayuda de otros familiares o amigos, por lo que es causa de problemáticas psicológicas en ellas y en los hijos. Esto a su vez, interfiere en el desarrollo físico e intelectual de los niños, ya que crecen con altos niveles de ansiedad y en algunos casos depresión, afectando además la relación materno - filial. Aunque se ha visto, que a pesar de las desventajas que viven los infantes que se encuentran insertos en este tipo de familias, en muchos casos han salido adelante.

Influencia familiar en el desarrollo del niño

Como se ha venido hablando, la influencia de los padres incide directamente en la formación del niño, pero, ¿Qué hay de la familia?, ¿Será distinto hablar de familia y la crianza otorgada por los padres? Justamente, cuando hablamos de la crianza que los padres ejercen en sus hijos, o del ambiente de la relación matrimonial, difiere de lo que sucede en el sistema familiar en general. Aunque no se separan del todo, ya que están íntimamente ligadas formando parte de un mismo sistema de interacciones. De igual manera estos factores, como se ha descrito anteriormente afectan funcional o disfuncionalmente en los niños y su desarrollo.

Primeramente, la familia o la estructura familiar se puede definir como las relaciones que se forman, ya sea, de forma legal o sanguínea, entre los miembros que conforman un grupo, por lo general, viven dentro de una misma vivienda (Stassen Berger, 2012). Minuchin (2005) establece que la familia además es una unión emocional entre las persona de un grupo que desarrollan, producto del tiempo, patrones de interacción que se justifican a través de la historia vivida que construyen en conjunto, lo que forma el sentido de pertenencia. Cada componente de la familia adopta uno o varios papeles que serán funciones asignadas bajo un funcionamiento negociado y reorganizado bajo compromisos y lealtades.

En cuanto al estudio teórico de las familias, se han descrito una serie de procesos que conforman el grupo y sus interacciones. En primer lugar, se encuentra el funcionamiento familiar referido a las interacciones que los miembros tendrán entre sí, es decir, la visión que tienen de sí mismo en relación al grupo y de los otros. Además, la interacción de los integrantes tendrá aspectos comunicativos, como los señalados por Lee y Simon: “la familia se comunican entre sí con gestos y sentimientos tanto como con palabras” (1998, p. 31). Por otro lado, esta forma de comunicarse, más bien implícita, da lugar a la existencia de límites y reglas internas del sistema que determinarán el rol o función que cada miembro debe cumplir dentro del contexto o dinámica familiar.

En segundo lugar se encuentra la dinámica familiar. Existen fuerzas que surgen dentro del grupo, movilizándose para producir relaciones y comportamientos particulares de cada sistema. A su vez, la formación de interacciones entre los integrantes de la familia está influenciada por una serie de factores, como la manera en que se estructura la jerarquía, la etapa en que se encuentren los miembros en relación al ciclo vital, la socialización que crea con otros sistemas, los valores y creencias que integran en su vivir, entre otros (Cardona *et al.*, 2014).

Los procesos dentro del sistema familiar se conforman en subsistemas en donde cada miembro crea con los otros tipos de interacciones, ya sea mediadas por las diferencias etarias, su sexo o la función que cumple en relación al otro (Minuchin, 2005). En la mayoría de los casos, la relación que existe entre la pareja corresponde a un subsistema, diferente a la interacción que tienen con sus hijos, que

corresponde al parental. Estas divisiones están caracterizadas por el tipo de jerarquía y la función que tendrán recíprocamente entre otras.

Por otro lado, se encuentra la función familiar describiéndose como el rol que cumple la familia para con sus miembros, en especial, para los hijos como se menciona anteriormente. Stassen Berger (2012), lo define como la forma en que la familia satisface las necesidades de los integrantes del grupo. Las necesidades de los niños son, principalmente, la crianza, que engloba una serie de acciones como nutrir, orientar, guiar y propiciar el aprendizaje, entre otras. Por lo que se puede decir, que la función es mucho más importante para los niños que la estructura.

Familia y salud

En los últimos años, los teóricos, no han llegado a un consenso que determine si la salud familiar corresponde a la salud individual de sus miembros o la salud del grupo unitario. Por lo que se hace difícil determinar si el Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad sea parte del grupo familiar o del propio niño. En este mismo sentido, la Organización Mundial de la Salud define la salud familiar como el conjunto de los miembros que funciona efectivamente en términos de su familia. Otra definición es la que describe Louro, vinculado a la salud familiar donde indica que ésta será funcional en tanto propicie solución a los problemas que enfrentan, afectando en la menor medida, la satisfacción de las necesidades de los miembros, también debe considerar la etapa del desarrollo en que se encuentren cada uno de ellos y el transición por las etapas del ciclo vital (González Benítez, 2000).

La literatura sistémica indica que la patología se encuentra dentro del individuo, es decir, en su mente, o en el contexto social, pero también puede producirse por el feedback entre estos dos (Minuchin, 2005). En otras palabras, por la interacción existente entre el ambiente que rodea al individuo y él mismo. Existe una reciprocidad, en la cual, el individuo influye sobre el contexto en el que está inmerso, a la vez, que éste influirá al sujeto en interacciones de carácter repetitivas. Otro concepto que incluye es la adaptación que cada miembro debe tener para formar parte del sistema, aunque el mismo grupo también debe adaptarse a sus propias características y acciones. De esta misma manera cuando surge estrés o tensiones dentro del grupo familiar el individuo debe acomodarse, sin embargo él puede contribuir de alguna manera a generar o mantener el estrés. Respecto a esto, González Benítez (2000) menciona que la salud familiar será “el ajuste o equilibrio entre elementos internos y externos del grupo familiar, la capacidad de la familia para adaptarse y superar las crisis” (pár. 5). El que los niños se vean expuestos a variadas situaciones estresantes dentro de su contexto familiar puede afectar profundamente su desarrollo, pero todo dependerá de las características propias del niño, el carácter de los factores estresantes y la conjugación o la cantidad en la que se presenten. Aunque uno de los principales factores que determinen si influirán al niño o no es la percepción que

éste tenga del problema, de esta manera sabe qué esperar y los recursos que puede desplegar para disminuir los sentimientos que acompañarán la situación (Baucum & Craig, 2009).

Por otra parte, para Minuchin (2005), en las familias se produce el conflicto debido a las tensiones que surgen con el sentido de pertenencia y la autonomía, es decir, entre el yo y el nosotros. En variadas ocasiones, ya sean situaciones estresantes o, más bien, cotidianas, la familia debe negociar entre resolver el conflicto con el actuar propio de un individuo o la forma característica del sistema. Otros autores indican que los recursos que tenga la familia al momento de enfrentar cualquier dificultad, como la comunicación abierta o las técnicas apropiadas de resolución de conflictos, son sumamente importantes. Los niños recrean ésta capacidad de enfrentar los problemas del mismo modo que lo hace su familia. Como consecuencia, los miembros y el grupo, tendrán mayores facilidades para adaptarse a situaciones que causen estrés (Baucum & Craig, 2009).

Asimismo, como la resolución de conflictos es mediada por el sistema familiar, la disfuncionalidad en el grupo o en uno de los miembros se les asigna a los miembros en general, que conforman el contexto. Como lo mencionan Lee y Simon (1998): “la patología es empujada fuera de la familia para situarla en la cultura que lo rodea” (p. 30). En este sentido, existen dentro del sistema una responsabilidad mutua, una lealtad y el pensamiento expresado es una protección o un compromiso entre sí, a lo que le llaman pertenencia. Es por este motivo que para tratar el síntoma es necesario estudiar las relaciones que tendrán los miembros de la familia.

Origen del Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad

Dentro de los trastornos manifestados en la infancia, se considera por el Plan nacional de Salud Mental y Psiquiatría del Ministerio de Salud de Chile al trastorno de déficit atencional como uno de los más frecuentes en la actualidad, tanto para niñas, niños y adolescentes. La manifestación e intensidad, varían según cada persona, sin embargo, afecta de forma significativa en quien incluso solo posee características similares al trastorno como tal (Cerdeira, Domic, Quiroz, Ramos & Urzúa, 2009).

Origen del trastorno

Previo al descubrimiento del trastorno que hoy se entiende por TDAH, anteriormente se conocían antecedentes relacionados a las características que hoy se consideran como uno de los subtipos del trastorno como tal, donde, primeramente, en el año 1798 el médico escocés Alexander Crichton, denominaba a la falta de atención e inquietud como inquietud de la mente relacionada al sub tipo de hiperactividad, pero que a diferencia de la actualidad, este consideraba que la sintomatología desaparecía en la adultez (Fundación Adana, 2016).

Con el paso de los años, en 1902, el pediatra británico George Still, refiere a un estudio científico de individuos que presentaban comportamientos impulsivos, hiperactivos, desafiantes, sumados a una falta de atención en varios de los pacientes, sin embargo, aunque estos poseían niveles normales de inteligencia, se asociaba al origen de estos comportamientos como un defecto a nivel del control moral (Moraga, 2008).

Posterior a las dos concepciones más influyentes a lo largo de la historia evolutiva del concepto de TDAH, que en la actualidad serían la base de términos que relacionan el origen del Trastorno de Déficit atencional desde hace muchos años atrás. Es por esto que debemos considerar el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (American Psychiatric Association, 1968), que denominaba como reacción hipercinético a un sub tipo de la patología que hoy conocemos como síntoma base del trastorno, este se denomina hiperactividad.

En años siguientes y durante el 1970, las doctoras Virginia Douglas y Susan Campell, relacionaron los síntomas de inatención en relación al TDAH, enfocándose en el comportamiento, determinando que la falta de atención y concentración estaban relacionadas a la impulsividad física, cognitiva y verbal. Posterior a ello el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (American Psychiatric Association, 1980), incluía un conjunto de criterios para el diagnóstico del TDAH con y sin hiperactividad.

A finales del año 1980, se dan a conocer tres subtipos que son considerados dentro de trastorno de déficit atencional, que tanto APA, como la Asociación médica americana (AMA), que los dividen en subtipo predominante inatento, predominante hiperactivo-impulsivo y el subtipo combinado, debido a que en la actualidad el TDAH, es un trastorno ampliamente investigado (Fundación Adana, 2016).

Conceptualización del TDAH

Existen diversos conceptos claves que cada organización y estudio ha logrado obtener de acuerdo a los estudios realizados sobre el TDAH, es por esto que, tras conocer el origen evolutivo, podemos extraer aquellos conceptos que determinaran las diferencias y similitudes de acuerdo a ellos, reflejadas en las siguientes definiciones.

Según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 1994) de la Asociación Americana de Psiquiatría, se considera al Trastorno de Déficit Atencional como un trastorno de carácter neurobiológico que tiene consecuencias significativas manifestadas en diversos ámbitos de la vida de quien sea diagnosticado. Siendo una de sus características principales la inatención, hiperactividad e impulsividad, manifestado en un nivel mayor a lo normativo en comparación al ciclo evolutivo de sus pares.

Por otra parte, Barkley (1990), definía al TDAH como un trastorno del desarrollo caracterizado por niveles evolutivamente inapropiados, relacionados a problemas atencionales, sobre-actividad e impulsividad, que, al ser manifestados en la primera infancia, de naturaleza relativamente crónica, en la que no pueden ser explicados por un déficit neurológico ni sensorial, motor o del hablar, sin que se detecte retraso mental o trastornos emocionales graves.

Dentro de otras definiciones sobre el TDAH, Muñiz (2007), le denomina como un trastorno que posee una serie de características del comportamiento que es presentado por un número considerable de niños y niñas. Éstas van desde dificultad para prestar atención en el establecimiento educacional, en su casa o al realizar alguna actividad. Puede resultar ser bastante más impulsivo de lo común para su desarrollo evolutivo. Este comportamiento contribuye al surgimiento de problemas significativos en el aprendizaje y en las relaciones interpersonales. Los niños con TDAH algunas veces son considerados niños difíciles por esta falta de atención y de comportamiento.

Criterios de Diagnóstico para el TDAH

Para diagnosticar un trastorno específicamente, se deben conocer características determinantes del trastorno como tal, es por esto que debemos considerar la sintomatología y las diferentes manifestaciones divididas en sub tipos que posee el TDAH.

Según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) la clasificación y criterios de diagnóstico para el TDAH serían:

A. Existen 1 o 2:

1. Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención

- (a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- (b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- (c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- (d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
- (e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- (f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).

- (g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
- (h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- (i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.

2. Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- (a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- (b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- (c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos. de inquietud).
- (d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades. De ocio.
- (e) A menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor.
- (f) A menudo habla en exceso Impulsividad.
- (g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- (h) A menudo tiene dificultades para guardar turno.
- (i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos).

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los siete años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado (314.01)

Si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos seis meses.

F90.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención (314.00)

Si se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos seis meses.

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (314.01)

Si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos seis meses.

Nota de codificación. En el caso de sujetos (en especial adolescentes y adultos) que actualmente tengan síntomas que ya no cumplen todos los criterios, debe especificarse en remisión parcial.

Comorbilidad al Trastorno de Déficit Atencional

Considerando las diversas manifestaciones y subtipos del TDAH, se considera que este trastorno posee patologías asociadas según sus características comportamentales como sintomatológicas, que se asocian al TDAH, ya que poseen similares características entre sí, es por esto que en la siguiente lista se evidencian los trastornos asociados al Trastorno de Déficit Atencional, el Estudio Multimodal de Tratamiento (MTA) (Scandar, 2007), menciona lo siguiente:

- Trastorno negativito desafínate (30 - 50%).
- Trastorno disocial (14%).
- Trastornos emocionales del estado de ánimo (15 - 75%) y de ansiedad (25 – 35%).
- Trastorno de la comunicación.
- Retrasos específicos del desarrollo motor y del lenguaje (30%).
- Trastorno del aprendizaje (15 – 30%).
- Trastorno de tics y Gilles de la Tourette (11%).

Si bien se dice que existen entre un 70 y 80% de comorbilidad con otros trastornos asociados al TDAH, se considera que es de suma importancia considerar que se pueden presentar incluso dos patologías comórbidas para el TDAH, que serán influyentes en el diagnóstico, tratamiento y evolución de la patología misma, donde claramente al ser un trastorno de subtipos, afectara a cada uno de ellos de manera particular (Perote Alejandre & Serrano Agudo, 2012).

Diversidad en los tratamientos

Existen diversos tratamientos que han ido en aumento según la manifestación y sub tipo del TDAH, es debido a esto que se consideran diversos tipos de tratamientos entre los más comunes se encuentran, el tratamiento multimodal y farmacológico (De Déu. 2010).

Primeramente, se encuentra el tratamiento Multimodal; considerado por Scandar (2007), como un tratamiento completo para el TDAH, y que aun cuando no estén presentes complicaciones y/o comorbilidades, los objetivos terapéuticos son alcanzados por este tipo de tratamiento, debido a que sus resultados positivos son evidencia significativa en la reducción de la sintomatología en comparación a otro tipo de trastornos empleados en el TDAH.

Tabla 1.

Tratamiento Multimodal para el tratamiento de TDHA

Tratamiento Multimodal	
Abordaje Primario o Básico	- Farmacoterapia - Psicoeducación; entrenamiento de habilidades parentales y/o programa de orientación familiar. Ouct Rech Approach y, eventualmente, terapias de Red.
Abordaje Secundario	- Terapias de Educación Remedial de orientación cognitiva y comportamental - Terapia lúdica
Tratamiento de complicaciones y comorbilidades	- Tratamiento psicopedagógico. - Tratamiento psicolingüístico. - Tratamiento psicomotriz. - Psicoterapia de familia y pareja. - Psicoterapia individual y/o grupal del niño.

Fuente: Scandar, 2007.

Según Díez, Guidi y Serrano (2013), en relación al tratamiento psicológico, consideran que existe evidencia científica de su eficacia en las intervenciones, donde las terapias conductuales de entrenamiento para padres (EP) y el entrenamiento en habilidades sociales, incluyen un conjunto de prácticas que mejoran el aprendizaje sobre todo en el ámbito escolar, ya que, se ve mayormente afectado ante éste trastorno.

La evidencia científica de los EP, se circunscriben en diferentes intervenciones psicológicas y psicopedagogías, demostrando ser beneficiosas para los niños y el sistema familiar, debido a que consideran que el mero tratamiento farmacológico, es insuficiente para el abordaje de este trastorno.

Por otra parte, dentro de los tratamientos farmacológicos; Scandar, en el mismo año 2007, mencionaba que este método, es utilizado en su gran mayoría, pero en especial la utilización de psicoestimulantes, debido a los niveles de eficacia comprobada por la mayoría de los niños diagnosticados con TDAH es positiva y efectiva.

Sus psicoestimulantes tendrían una efectividad entre 75 y 90%, por lo que a pesar de que el manejo de la medicación debe ser dada por un especialista es de suma relevancia que cada tratamiento sea realizado y planificado en función al subtipo y el existente trastorno comorbido.

Tabla 2.

Principales abordajes farmacoterapéuticos en niños diagnosticados con TDHA

Principales abordajes farmacoterapéuticos			
Estimulantes	Antidepresivos Tricíclicos	Antidepresivos Serotoninérgicos	Betabloqueantes
Pemolina	Imipramina	Imipramina	Clonidina
Dexamfetamina	Desimipramina	Desimipramina	Guanfacina
Metilfenidato	Nortripramina	Nortripramina	
	Clorimipramina	Clorimipramina	

Fuente: Scandar, 2007.

Disfuncionalidad familiar

La familia compone el escenario fundamental en el desarrollo de toda persona, como afirma Bronfenbrenner (1987), el hogar constituye el principal microsistema en el que se desenvuelve el individuo, en donde existe influencia en este por el sistema que lo rodea. De esta manera, Arce (citado en Herrera Santi, 2000) indica que la familia constituye el espacio primario, siendo en primera instancia el lugar en donde se lleva a cabo la transmisión de los sistemas normativos y valores que rigen a los individuos y a la sociedad como un todo. Por lo tanto, la familia es la base en que todo individuo se forma, en la que se define y desarrolla.

Para comprender la familia como sistema principal en donde se desarrolla el niño en este caso, Simón, Stirling y Wynne (1998) mencionan que uno de los enfoques que se refiere al sistema familiar, es la teoría general de los sistemas, considerando que este sistema está constituido por un conjunto de elementos en constante interacción, donde cada miembro cumple con una función, en relación a la totalidad del sistema, sin embargo esta función no es alterable en sus partes, y su función es más que la suma de estos. Por lo tanto, la familia es un sistema compuesto por un grupo de personas que tienen una relación dinámica entre sí, donde lo que le suceda a un miembro afectara al otro y al grupo, y viceversa, existiendo de esta manera una influencia del sistema en cada uno de los subsistemas. Vemos como la familia es el espacio principal, en donde se desenvuelven los miembros dentro del sistema familiar. Herrera Santí (2000), menciona que la familia con un funcionamiento adecuado, puede promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento de estados de salud favorables en éstas. García, Miranda y Presentación (2002) indican que, por otro lado, la disfuncionalidad del sistema familiar, resultan ser, más bien, un factor de riesgo que interactúa con la predisposición del niño, exacerbando de esta manera la sintomatología y la continuidad de esta. No se considera a la familia como marco original que cause finalmente alguna patología, no obstante, si incentiva a mantener e incluso ampliar la sintomatología del curso del trastorno.

Biederman y colaboradores (citado en Brophy, Llandrich, Navarro & Pallarés, 2007), mencionan que la probabilidad de que el niño pueda presentar un trastorno mental, aumenta de manera significativa en aquellas familias que presentan acumulación de factores estresantes.

Para entender el concepto de disfuncionalidad familiar, se definirá, según lo expresado por Minuchin (1979), afirma que la funcionalidad o disfuncionalidad de la familia no depende de la ausencia de problemas dentro de esta, sino, por el contrario, de la respuesta de la que muestra frente a los problemas; de la manera como se adapta a las circunstancias cambiantes de modo que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento de cada miembro.

Paladines y Quinde (2010), mencionan que existen características que se encuentran dentro de la disfuncionalidad familiar, donde hace referencia que, dentro del sistema familiar existe una incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales básicas de cada uno de sus miembros, esta disfuncionalidad se genera cuando no se respeta la distancia generacional, además, puede haber una inversión de las jerarquías, donde la estructura familiar esta lamentablemente alterada, por lo que el sistema se ve vulnerable a una alteración entre los miembros, resultando deficiente, existiendo una defectuosa interacción entre los miembros, impactando de esta manera en el desarrollo psicosocial de cada subsistema, ya sea en su adaptación hacia el medio externo como la resolución de conflictos dentro del sistema.

Respecto a la disfuncionalidad familiar, Dugarteel y Pérez (2011) mencionan que:

Es la falta de cohesión, donde los miembros de la familia, no se brindan ayuda frente a los problemas...No aceptan que tienen un problema, responden de manera agresiva a todo intento de ayuda, la mentira es utilizada como una manera de ocultar la realidad y así poder reflejar o aparentar que todo está bien. Mientras que la desesperanza y la frustración, ayudan a desarrollar una incapacidad para afrontar los problemas (p. 632).

Se puede establecer de esta manera, que la disfuncionalidad familiar esta en directa relación en la interacción no funcional de los miembros de un sistema, en la cual existe una perdida en la función de su rol, que es satisfacer a cabalidad las necesidades que puedan haber en el sistema en su totalidad, generando de esta forma un quiebre en la homeostasis familiar. Cabe señalar que una de las características más mencionadas, de la disfuncionalidad en la familia, es la incapacidad de afrontar de forma adecuada los problemas, desarrollando modelos disfuncionales de interacción en el interior del sistema.

Disfuncionalidad familiar en presencia del trastorno TDAH

La sintomatología definitoria del TDAH, que sería la impulsividad, hiperactividad y la inatención, dificultan la labor educativa de los padres, que suelen experimentar sentimientos de frustración, culpabilidad, estrés, baja autoestima e insatisfacción en su rol parental. Los padres de niños con este trastorno, suelen considerarse menos competentes en el desempeño de su papel, otorgando una valoración poco satisfactoria a su calidad de vida (Harrison & McLaughlin, 2006). Esto se debería, a que no es una tarea fácil ser padres de niños con TDAH, entre otras cosas, por los métodos de disciplina usuales que no funcionan con la misma eficacia que con otros niños sin este trastorno. Generalmente suele generar frustración y un método de sanción disfuncional, determinado por una mayor permisividad y sobre-reacción por parte de los padres, (Stormshak citado en Grau, Marco, Miranda, & Roselló, 2007).

Sances (2009) indica que la problemática del niño con TDAH dificulta la labor educativa de sus padres, que suelen sufrir sentimientos de frustración culpabilidad, estrés, baja autoestima, insatisfacción con su rol parental y desconfianza en sus habilidades como padres.

Por otro lado, otros autores (Montiel, Montiel & Peña, 2005), refieren que la crianza de un niño que es excesivamente inquieto, con falta de atención e impulsivo ofrece numerosos retos y los padres de niños con TDAH usualmente reportan altos niveles de frustración en sus intentos de manejar y controlar su conducta, siendo la gravedad de las dificultades de los niños un factor importante de la situación estresante, de esta manera la dinámica familiar se verá significativamente alterada por la presencia de un hijo con TDAH, generando dentro del sistema, particularmente sentimientos de desajuste por las expectativas esperadas y las particularidades reales, tanto físicas y emocionales del

niño, ya que este en el núcleo familiar tiene menos control afectivo y emocional, experimentando dificultad para concentrarse y adaptarse al ambiente social (Sances, 2009).

Se ha observado, según lo expuesto anteriormente, que el trastorno de déficit atencional con y sin hiperactividad es una patología de alta prevalencia, que genera una serie de sintomatología dentro del clima familiar, ya sea afectiva y psicológica, provocando de esta manera, ansiedad y preocupación por esta última, si bien las dificultades que conlleva el TDAH no son las mismas en cada familia, se percibe una coincidencia en el desajuste en la convivencia dentro del núcleo, habiendo frecuentemente, como se ha mencionado, sentimientos de frustración, desconfianza en el desempeño, en el caso de padres o cuidadores, de su rol, concibiendo un desequilibrio en el sistema familiar.

González y Méndez (2014), aluden que estos desajustes tienen un carácter dinámico, tanto el niño como sus cuidadores van cambiando producto de las interacciones que se producen entre ellos, a su vez, los cambios en el sistema en general, impactan de manera directa el tipo de relación que se practica en el micro sistema familiar, es decir en relación que tendrán cada uno de los miembros de la familia entre sí.

Percepción del cuidador hacia el niño diagnosticado

Milicic (2006), en su libro, escribe: “El lenguaje crea realidades” (p. 68). Describiendo, el modo en que los niños construyen su imagen personal de lo percibido de los adultos que le rodean. Tal como lo revisamos anteriormente en las etapas evolutivas del niño, la identidad está en constante cambio, durante la infancia, provocando crisis que lo ayudarán a desarrollarse. Asimismo, lo hará el apego o apoyo que reciban de su familia.

El niño se enfrenta a diversas situaciones que le desconciertan. Una de ellas, en algunos casos, es la adaptación al entorno escolar. En ocasiones, el infante puede verse sobrepasado, escapando de sus esfuerzos, viéndose dificultada la concentración que necesita frente a las tareas exigidas. Ante esto, las críticas que los adultos propician, quedan grabadas formando parte de su autoconcepto. Para esta situación desadaptativa se le propicia un nombre y un diagnóstico, el déficit atencional, que abarca la explicación de todas las manifestaciones en la conducta del niño. Al llegar este diagnóstico, los infantes quedan a merced de las reacciones de sus adultos cuidadores, y sobre todo a las acciones que estos tomen, consecuentemente o no respecto al tratamiento o apoyo (Isorna, 2013).

Es importante tener en cuenta que así como la familia constituye el ámbito privilegiado, la matriz excepcional para el parto del ser-persona, del mismo modo puede determinar su destrucción, cuando se escamotea la realidad existencial del otro, se lo cosifica y despersonaliza (Barrera & Martino, 2009, p. 550). En este sentido, estos autores, refieren la importancia que tiene el grupo familiar para la formación de la persona como un poder que pueda tener dos caminos en cuanto a desarrollo como estancamiento Freixas & Icart (2013), mencionan que las dinámicas entre los padres y el hijo forman

su manera de ser, “el niño... en muchos casos solo se desarrolla en respuesta a lo que proviene de otro ser humano.”(p. 40). Es el entorno que le entiende y tiene el deber de proporcionar los cuidados nutritivos para un desarrollo óptimo.

Los investigadores han llegado a la conclusión que incluso el niño más difícil o irritable puede recuperar su equilibrio si sus padres son receptivos y saben adaptarse a sus necesidades (Freixas & Icart, 2013).

Es en las diversas etapas de la vida vital cuando la familia aprende a tolerar y adaptarse ante los cambios normativos, pero es ante las crisis no esperables cuando se pone a prueba dicha adaptación y en gran manera las fuerzas homeostáticas se anteponen. Milicic (2006) alude a la manera de la familia ante los cambios como resistentes, lo que es normal, pero también expone la importancia de mostrar la esperanza y el optimismo ante los desafíos, sobretodo un niño, quien necesita siempre mantener en el núcleo familiar una sensación de seguridad en medio de un mundo de adultos estresados. “La velocidad de cambio en estas sociedades es de tal magnitud que si los niños no tienen la disposición de abrirse a explorar y aprender corren el riesgo de irse quedando atrás y a desadaptarse en las situaciones nuevas” (Milicic, 2006, p. 183).

Cómo el niño hace frente al cambio y las crisis, es según como lo disciernen de sus padres, cuidadores, apoderados, etc.

Al momento de que exista un diagnóstico concreto del déficit atencional, se genera un quiebre en la familia, ya sea por ser un trastorno, o por las implicancias de este. Isorna (2013) describe que las diversas reacciones se originan por el miedo ante la ruptura de expectativas, creencias y valores familiares. Las reacciones que tendrán las familias ante un diagnóstico de este tipo pueden ser variadas, según este autor, que se extraen en el siguiente listado:

1. Desconcierto: se da comúnmente en padres que han naturalizado los síntomas de sus hijos, por lo tanto no comprenden el diagnóstico.
2. Negación: Se explica y complementa con el miedo ante las críticas ajenas. Esta reacción puede ser alarmante cuando se impide la atención necesaria para el niño. Además que la negación puede evolucionar más adelante en ansiedad, hostilidad dirigida hacia los profesionales.
3. Enfado: Se origina en la frustración hacia su rol como padre o ante las expectativas altas e incluso irrealistas del hijo, de que podría esforzarse más.
4. Culpa: Incertidumbre e inseguridad ante sus propias tareas como cuidadores. E incluso de problemas de su propia crianza. Esta es la reacción que puede paralizar a los padres ante sus responsabilidades por temor a cometer otra equivocación.

5. Miedo: Surge del desconocimiento ante lo que es este trastorno y sus posibles consecuencias, en especiales futuras. Preocupaciones constantes ante las posibilidades del hijo en cuanto a desarrollarse como una persona.
6. Rechazo: Producida por el quiebre en las expectativas, que puede estar mal dirigida incluso al niño. A muchos padres les cuesta aceptar al hijo como una persona digna de ser querida y cuidada, sea cual fuera su naturaleza.
7. Impotencia y desamparo: Surge en especial en padres con un gran orgullo y autonomía, quienes no les gusta pedir ayuda. El depender de otros profesionales y no lograr impulsar a su propia familia por sus propios medios los hace ver a ellos imposibilitados.
8. Desilusión: La frustración al ver en sus hijos antes vistos como perfectos con una “falla” les causa molestia que puede ser expresada erróneamente.
9. Alivio: Puede ser de mucho alivio el de conocer lo que sucede realmente y ver en ello la posibilidad de recibir ayuda externa.
10. Compensación: Surge ante un trastorno desconocido reaccionando con la sobreprotección al agravar más la situación de lo que realmente es.

En general, Isorna (2013), declara que “tener un/a hijo/a con este trastorno genera incluso en los padres y madres más competentes sentimientos de ineficacia personal, estrés, frustración, enojo y rechazo” (p. 193). Que los padres u apoderados perciban de una manera u otra la llegada de este trastorno influye en las acciones que llevarán a cabo a continuación y de qué manera enfrentan esta dificultad.

Otro factor importante es el momento en que se ha detectado el trastorno, en cuanto a etapa evolutiva que cursa el niño o adolescente, recalando que cuanto más temprano es la detección, con mayor prontitud se podrán desplegar los recursos necesarios para su desarrollo. Barrera y Martino (2009) mencionan que:

Cabe destacar cuánto influye en la percepción del trastorno, la repercusión del mismo y las fuerzas de recuperación, la función que dicha patología está desempeñando en la organización afectiva de la familia. El inevitable “estrés” familiar que supone la reestructuración y redefinición ante la nueva realidad, pone a prueba la capacidad adaptativa que como sistema abierto posee (p. 552).

El síntoma, por así decirlo, en el sistema familiar puede ser la abertura por la cual actualizar antiguos remordimientos, pérdidas (expectativas frustradas personales de los padres), y culpabilizar unos a otros en cuanto a los roles y funciones. En sí, tal como lo dice la cita, el diagnóstico conlleva un estrés inevitable en donde el niño llega a pasar a segundo plano.

Cabe destacar las repercusiones que notan los padres como una sobrecarga, Isorna (2013), logra resumirlas en el siguiente diagrama:

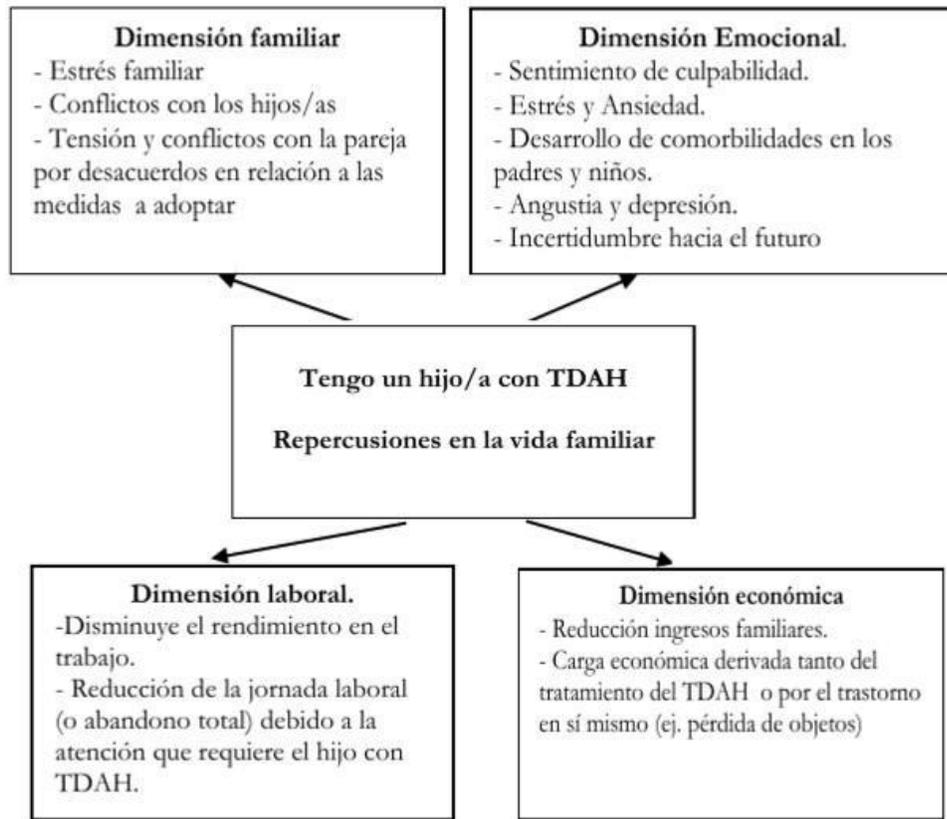


Figura 1. Repercusiones en los padres de niños diagnosticados con TDAH.

Este diagrama muestra tal como lo dicen los estudios de Donenberg y Baker (citados en Isorna, 2013):

El sistema familiar de los niños con TDAH, y destacó el estrés y la elevada conflictividad de las interacciones progenitores-hijos/as. En concreto, estos investigadores realizaron un estudio de comparación de tres grupos (niños con TDAH o conducta agresiva, niños/as autistas y niños/as normales); concluyeron que los padres de los niños/as hiperactivos percibían que la conducta de sus hijos/as había producido sentimientos más negativos sobre su paternidad, un impacto negativo en su vida social y un mayor estrés que los progenitores de niños/as sin TDAH. Pero, además, en comparación con las familias de hijos/as autistas, se encontró que los/as niños/as con TDAH generaban niveles similares de impacto familiar y estrés (p.196).

Estos porcentajes muestran una cosmovisión negativa en cuanto a las percepciones de los adultos responsables, lo que puede demostrar que el cambio causado por el TDAH en las relaciones familiares se relaciona al estrés y sobrecarga emocional parental. Hay un gran impacto ante la presencia de un trastorno mental, y puede ser agravado por el miedo a lo desconocido y preocupaciones ante la totalidad del TDAH en la vida diaria y futura del niño. Puede ser esta percepción fundada en los miedos internos o en la sobrecarga vivida un factor importante para el tratamiento y el progreso, así como el de la instancia de potenciar recursos propios del menor. Recalcar que la propia autoestima del niño está en juego de acuerdo a esta percepción de su adulto responsable, así como de la conducta que desencadenará en el sistema los síntomas de su trastorno. No solo en su grupo familiar, sino también en la comunicación con los demás sistemas en el que está inmerso, como el colegio y el vecindario, el trabajo de los padres y sus propios amigos (Isorna, 2013).

La manera en que dicha percepción contribuye a la crianza desde ese momento, la actitud ante el tratamiento, y la reordenación de sus realidades, dependerá de la resiliencia y adaptabilidad de la familia, de sus recursos y del conocimiento en cuanto al TDAH.

A medida que se va integrando el concepto del TDAH en el sistema, el niño retomará su lugar, lo que toma tiempo dependiendo de las características únicas del sistema familiar.

Investigaciones similares

Estudios acerca del conocimiento del TDAH tanto en los padres como en los profesores se ha visto como un tema importante a considerar en estos últimos años.

Los resultados que se muestran a continuación son de estudios hechos en países latinoamericanos dentro de los últimos diez años.

Pintor (2012) realizó un instrumento para medir el conocimiento que las personas manejan del TDAH, en España, de este modo, verificar la información de las familias, para luego realizar intervenciones que se enfoquen en aumentar este conocimiento. El objetivo es mejorar las percepciones que tengan tanto del trastorno como del propio hijo, así también de sus potencialidades como padres y no enfocarse en los temores que conllevan sus reacciones ante el diagnóstico.

En Perú se llevó a cabo una investigación abocado en los conocimientos de los padres sobre el TDAH y su rol en la salud mental de la familia, para así tomar decisiones que sean de beneficio para los niños. Los autores Alvarado, Huerta & López (2013) señalaron los siguientes resultados que son interesantes de resaltar para nuestra investigación.

El 12,5% de los encuestados refirieron como fuente de información profesionales de la salud, mientras que el 69,9% dice haber tenido otros medios.

En México, se realizó una investigación bastante similar. Los autores Calle, Palacios, Patiño, Peña, Valderrama y Ulloa (2011) muestran los siguientes resultados, mencionando la importancia que se

otorga a los psicólogos en cuanto a la entrega de información oportuna para los padres. “El 69.2% (N=198) de los padres dijo saber qué es el TDAH, aunque sólo 62% refirieron haber recibido información acerca del trastorno” (p. 152).

En cuanto a la causa, la investigación en Perú menciona: “El 68,6% de los padres dijo que las malas prácticas de crianza y maltrato de los padres es la causa del TDAH” (Alvarado *et al.*, 2013, p. 48) De esto se infiere que los padres son reacios a aceptar que es debido a un trastorno atribuyéndolo más bien a un problema de educación en el niño. Esto es importante en el sentido que con dicha creencia, los padres rehúyen el llevar al niño a un centro de salud, por lo tanto retrasan un diagnóstico y tratamiento acorde a las necesidades que presenta el niño, teniendo el riesgo de empeorar la dificultad. Se destaca también que se encuentra en los padres un sentimiento de culpabilidad por el comportamiento de sus hijos, lo cual puede disminuir si se les enseña acerca del TDAH y lo que esto conlleva.

En la investigación realizada en México, el 85.4% de los encuestados considera al TDAH como una enfermedad, el 8,3% dice ser una dificultad en la crianza, el resto de la muestra ve a este trastorno como un mito, moda o un invento para aumentar las ganancias en las farmacéuticas. Respecto a esta muestra, se ve que hay más consciencia del TDAH de quienes recibieron información pertinente, además de aumentar la probabilidad de un diagnóstico y tratamiento adecuado (Calle *et al.*, 2011).

En relación a las características del TDAH, los encuestados del Perú relacionan la curiosidad (74%), la independencia (48%) y la inteligencia (45%) como signos propios del trastorno, lo que denota que, para un gran número, no es claro el concepto del TDAH y que conlleva a un pobre manejo de los niños. Tal como se ven en diferentes investigaciones, los primeros signos no son reconocidos hasta que los niños se encuentran en un ambiente escolar, por la naturalización de la familia. Lo que conlleva aun retraso en el diagnóstico, por lo que esta investigación subraya la importancia de comunicar adecuadamente a los padres en los establecimientos educativos como los de salud (Alvarado *et al.*, 2013, p. 49).

Estos artículos también hacen referencia a los temores de los padres en cuanto lo que significa para ellos. La investigación realizada en Perú muestra que el 74,5% de los encuestados mantenía la creencia que el TDAH aumenta el riesgo de deserción escolar, y el 48,2% piensa que las dificultades que conlleva el trastorno persistirían sin el debido tratamiento para toda la vida (Alvarado *et al.*, 2013, p. 48).

Los encuestados de México por otra parte, relacionan que el recibir información adecuada, influyó en percepción del concepto TDAH.

Este resultado ha sido semejante al reportado por otros autores, destacando el artículo de Stroh *et al.* (2008), donde se observó que los padres de niños con TDAH tenían mayor información del trastorno y una opinión más favorable del medicamento y las

intervenciones no farmacológicas que los padres de niños sanos (Calle *et al.*, 2011, p. 152).

Este hecho diferencia al estudio realizado en Perú en cuanto a los encuestados de México con conocimiento del TDAH verídico, señalaron las fuentes de información más variados (medios de comunicación, libros, familiares, maestros, etc.) en contraste de la muestra de Perú.

En México se resalta la importancia de que los profesionales de la salud, tales como el médico y el psicólogo, comunique de manera efectiva a los padres, de acuerdo al contexto de cada persona. Se resalta dicha necesidad, puesto que la gran mayoría de la muestra indica que como primer paso ante una sospecha, consultarían en instituciones de salud (médico, psiquiatra infantil) y un 20% acudiría a un psicólogo. “En México la población considera a los psicólogos como especialistas dentro del primer nivel de atención en salud mental” (Calle *et al.*, 2011, p. 153).

Se han hecho investigaciones similares acerca del conocimiento encontrado en los profesores en diversos países latinoamericanos, en los cuales el objetivo se aboca al diagnóstico y tratamiento temprano para un buen desarrollo en los niños.

Las investigaciones revisadas anteriormente tratan dicho objetivo, además de tener en cuenta que el sistema en el cual está inmerso el niño conlleva un gran estrés si no se entiende lo que le acontece al menor, por tal motivo, es menester llevar a cabo tanto los sondeos de conocimientos, así como las intervenciones para mejorar la percepción, el trato, la crianza y la decisión en el tratamiento de los niños con TDAH.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo de investigación y diseño

El presente estudio se basa en una metodología cuantitativa, mediante un diseño con alcance transversal, ya que, la información se obtiene en un sólo tiempo. Por otra parte, la investigación es de carácter exploratorio, es decir, nos acercamos a la realidad sin hipótesis previas, aunque se realizaron algunas posibles hipótesis de acuerdo a la literatura revisada. Se centra en aspectos observables, utilizando la estadística para el análisis de datos. Estos datos se recogerán con instrumentos pertinentes a precisar la información que se ha definido para el estudio.

Población y muestra.

La población corresponde a los cuidadores de estudiantes diagnosticados con Trastorno de Déficit Atencional, que asisten a escuelas de la comuna de Ñuble. Los colegios que participaron fueron: Sydney College, Escuela particular las mariposas, Escuela Básica Marta Colvin, Colegio Adventista de Chillán, Escuela Gabriela Mistral y Colegio Ciudad Educativa.

El muestreo es no probabilístico por conveniencia. La muestra abarcó a cuidadores de estudiantes de primero a cuarto básico. Dentro del Sydney College la muestra fue de 18 apoderados. En la Escuela Particular Las Mariposas y en Marta Colvin los encuestados fueron 5 personas. Por último, en los colegios; Gabriela Mistral, Ciudad Educativa y Adventista de Chillán la muestra correspondió a 2 cuidadores que respondieron al instrumento.

Criterios de inclusión

Los cuidadores son aquellas personas que tienen un vínculo con el niño, ya sea, de tipo familiar consanguíneo o de vínculo afectivo emocional. También debe participar en la tutoría y educación del niño, velando por sus cuidados.

Criterios de exclusión

No serian cuidadores aquellas personas que no participan en la educación del niño y no son parte de la dinámica familiar del estudiante con TDA.

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Edad del cuidador	Es la cantidad de años que tiene la persona encargada de cuidar o educar al niño.	Cantidad de años (número)
Género	Sexo del cuidador	Femenino, masculino
Cuidador del niño	El Ministerio de Justicia (21 de Junio del 2013), especifica que para la protección y cuidados del menor, existen tres tipos de cuidadores: la pareja que producto del deseo de extender su descendencia tiene hijos y ambos conservan la tuición legal de estos. En caso de separación de los padres, los hijos pueden permanecer con uno de los progenitores la mayor parte del tiempo, la elección de quién conservará a los menores se hace de diversas maneras, sin embargo, siempre el factor preponderante será resguardar el bienestar del niño, estableciendo cuál de los padres, en relación a sus condiciones físicas, socioeconómicas y psicológicas se encuentre en mejor posición para propiciar los cuidados a los niños. En último lugar se encuentran los cuidadores que corresponden a parientes consanguíneos, producto de las condiciones de los progenitores no pueden hacerse cargo, los infantes pasan a éstos, que si pueden otorgan cuidados y protección a los menores.	Parentesco con el niño: Padre Madre Tíos/ abuelo/ otros

Continúa en la pág. siguiente

Continuación

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Edad del niño	Periodos de años en los que se encuentran dividida la vida humana (Real Academia Española, 2014)	Cantidad de años (número)
Género del niño	Conjunto de personas pertenecientes a una misma condición orgánica, ya sea, femenina o masculina (Real Academia Española, 2014)	Femenino Masculino
Colegio donde estudia el niño	Centro de enseñanza primaria o secundaria, dentro de la región (Larousse, 2015)	Escuela 1 Escuela 2 Escuela 3 Escuela 4 Escuela 5 Escuela 6
Subtipo del TDA	Según el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) existen 3 subtipos: el TDAH tipo combinado, TDAH tipo predominante de déficit de atención, TDAH tipo hiperactivo- impulsivo. En este caso sólo se consideran: El tipo considerando que los niños presentan manifestaciones sintomatológicas en ambos criterio; atención e hiperactividad/ impulsividad. El tipo desatento o de déficit de atención en el que los niños presentan predominantemente síntomas en ésta área.	TDA (Trastorno de déficit atencional tipo predominante desatención) TDAH (Trastorno de déficit atencional con hiperactividad tipo combinado)

Continúa en la pág. siguiente

Continuación

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Curso del niño	<p>Educación pre escolar destinada a atender a niños entre 0 y 5 años.</p> <p>Educación escolar básica con acceso a niños desde los 6 años hasta la edad adulta, procura el desarrollo de la personalidad del estudiante y lo capacita para que se vincule e integre activamente a su medio social, a través del aprendizaje de los contenidos mínimos establecidos por la ley. Ésta educación corresponde a 8 años, los que se dividen en dos ciclo. El primer ciclo corresponde a los curso de 1° a 4° básico que se consideran en la presente investigación. (Organización de Estados Iberoamericanos para la educación, la ciencia y la cultura, s.f.)</p>	<p>Pre kínder</p> <p>Kínder</p> <p>Primero</p> <p>Segundo</p> <p>Tercero</p> <p>Cuarto</p>
Edad en que fue diagnosticado el niño	Edad de diagnóstico profesional, en que se determinó que el niño tiene TDAH	Edad en años

Continúa en la pág. siguiente

Continuación

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Tipo de tratamiento	<p>Respecto a los tratamientos o lineamientos de acción para el TDAH, como menciona Muñiz /Ruben S (2007) existen los tratamientos de tipo farmacológico, psicoterapias de diferentes tipos, las cuales son dirigidas por profesionales de la salud como psicólogos, y en ocasiones psiquiatras que posean la preparación académica para ejercer en este campo. Además, menciona el apoyo psicopedagógico que puede recibir un niño. Respecto a éste, el Ministerio de Educación (2010) establece que el Programa de Integración Escolar de los establecimientos educativos deben incluir entre el apoyo psicopedagógico a los niños que presenten diagnóstico de TDAH. Por otro lado, cualquiera de los tratamientos mencionados puede propiciarse de forma particular en la que los padres busquen la ayuda de profesionales pagando por este servicio.</p>	<p>Tipo de tratamiento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyo escolar del PIE 2. Apoyo académico particular (clases particulares) 3. Tratamiento farmacológico 4. Otros (Psicólogo particular, psiquiatra, talleres extraescolares, etc.)

Continúa en la pág. siguiente

Continuación

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Índice De Hiperactividad	<p>De define como la presencia de las siguientes características en el niño:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es impulsivo, irritable. 2. Es llorón/a. 3. Es más movido de lo normal. 4. No puede estarse quieto/a. 5. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos). 6. No acaba las cosas que empieza 7. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención. 8. Cambia bruscamente sus estados de ánimo. 9. Sus esfuerzos se frustran fácilmente. 10. Suele molestar frecuentemente a otros niños. 	<p>Nada</p> <p>Poco</p> <p>Bastante</p> <p>Mucho</p>

Continúa en la pág. siguiente

Continuación

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
APGAR	<p>Puntaje según los indicadores de la funcionalidad familiar:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa.2. Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas.3. Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección.4. Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor.5. Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos.	<p>Casi siempre</p> <p>Algunas veces</p> <p>Casi nunca</p>

Instrumentos de recolección de datos

Se redactó un instrumento que evalúa los datos sociodemográficos de los cuidadores y los niños con Trastorno de déficit atencional. A continuación, se incorporó la escala de Connors para padres que tiene como objetivo determinar la presencia de sintomatología característica, hiperactividad, impulsividad e inatención. En ésta, el principal cuidador del niño diagnosticado con TDAH debe responder los diez enunciados indicando si, los síntomas mencionados se presentan: Nada Poco, Bastante o Mucho. Cada uno correspondiendo a un puntaje que va desde 0 a 3. Luego se suma el total de los puntajes asignados. Para los niños de seis a once años, si la puntuación total corresponde a 16 o más, las manifestaciones del Déficit Atencional con Hiperactividad son altas. En el caso de las niñas, la puntuación debe ser de 12 o más.

Finalmente se utilizó el Apgar familiar para analizar la funcionalidad de la familia frente al cuestionario, el adulto responsable del niño diagnosticado debe responder a las cinco manifestaciones según la frecuencia en que se presenten según su impresión personal, la que debe clasificar en: Casi Siempre, Algunas Veces y Casi Nunca. Cada uno correspondiendo a un puntaje que va desde 2 a 0. A continuación se suma el total de los puntajes. La puntuación de 7 a 10 sugiere que la familia es muy funcional. Por otro lado, la puntuación que va desde 4 a 6 sugiere que la familia es moderadamente disfuncional. En último lugar, las puntuaciones que van desde 0 a 3 sugieren que la familia posee una grave disfunción.

Procedimientos

Se envió carta de solicitud a la Universidad para aprobar el proyecto. Con estas cartas, se solicitó a las distintas escuelas la autorización para poder realizar investigación en dichos establecimientos y, de esta manera, iniciar la recolección de datos.

Antes de la aplicación del instrumento se entregó a cada participante un consentimiento informado con la información de lo que considera la investigación y el papel que ellos cumplen contestando la encuesta. Una vez firmados, los cuidadores responsables contestan las encuestas.

En última instancia se cargaron las encuestas en programa SPSS para ser analizados los datos, finalizando con la interpretación y resultados de la investigación.

Aspectos éticos

Al momento de encuestar se resguardaron los siguientes aspectos éticos:

Primeramente, se informó a las personas acerca del objetivo del estudio y los procedimientos que se realizan, beneficios y riesgo, con el objetivo de obtener la aceptación libre y voluntaria de los participantes con la posibilidad de retractarse del consentimiento dado. Además, se otorga toda la información que sea necesaria sobre el estudio al cual están dispuestos a participar.

Por otro lado, se resguarda la confidencialidad de la información privada de los sujetos que participan del estudio, conservando el secreto profesional por parte de las estudiantes y docentes que guían el proceso investigativo. Estos datos permanecen guardados en un lugar seguro sin acceso a personas ajenas al estudio y serán utilizados sólo para los fines propuestos de ésta investigación.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

Tabla 3.

Edades de cuidadores y de escolares diagnosticados con TDAH en colegios de Chillán

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad del padre	32	29,00	58,00	38,4688	6,73453
Edad del niño	33	6,00	11,00	8,3333	1,29099
Edad del diagnóstico de TDA	33	4,00	9,00	6,3939	1,17099

La edad de los padres encuestados fue en promedio de 38,47 y la desviación estándar correspondiente a 6,73. La edad de los niños fue de 8,3 en promedio, con una desviación de 1,2. En general, la edad de diagnóstico del TDA es en promedio de 6,3.

Tabla 4.

Antecedentes sociodemográficos de escolares diagnosticados con TDAH en colegios de Chillán

		Frecuencia	Porcentaje
Escuela (n=34)	Sydney College	18	52,9
	Marta Colvin	5	14,7
	Las Mariposas	5	14,7
	Adventista de Chillán	2	5,9
	Gabriela Mistral	2	5,9
	Ciudad Educativa	2	5,9
Género (n=33)	Femenino	29	87,9
	Masculino	4	12,1
Parentesco (n=33)	Padre	3	9,1
	Madre	28	84,8
	Tíos/ abuelo/ otros	2	6,1
Género del niño (n=33)	Femenino	11	33,3
	Masculino	22	66,7
Tipo de TDHA	TDAH tipo déficit de atención o inatento	15	45,5
	TDAH tipo combinado (inatención e hiperactividad- impulsividad)	18	54,5
Curso	Primero	5	15,2
	Segundo	11	33,3
	Tercero	10	30,3
	Cuarto	7	21,2

La escuela más representada fue Sydney College con 18 estudiantes que corresponden a un 52,9% de la muestra. En general, del total de la muestra, el género de los padres es femenino en un 87,9%. Un 84,8% de los adultos responsables son las madres de los estudiantes. En cuanto a la muestra, los niños diagnosticados, la mayoría corresponde al género masculino representado en un 66,2 %, es decir, 22 varones. En cuanto al tipo de TDAH, la mayor manifestación con 18 estudiantes, correspondiente a 54,5%, el TDAH tipo combinado (inatención e hiperactividad- impulsividad). Por otro lado, la mayor cantidad de niños diagnosticados se concentra en los cursos de segundo básico, con 11 estudiantes, en otras palabras, un 33,3%, además tercero básico, con 10 estudiantes, representado en un 30,3%.

Tabla 5.

Tipo de tratamiento recibido por escolares diagnosticados con TDAH en colegios de Chillán

		Frecuencia	Porcentaje
Apoyo escolar del PIE (programa de integración escolar)	Sí	33	100,0
Apoyo académico particular (clases particulares)	Sí	1	3,0
	No	32	97,0
Tratamiento farmacológico	Sí	11	33,3
	No	22	66,7
Otros (Psicólogo particular, psiquiatra, talleres extraescolares, etc.)	Sí	12	36,4
	No	21	63,6

La totalidad de los estudiantes, es decir, 33 niños, han recibido apoyo escolar del PIE (programa de integración escolar en un 100%. En relación al apoyo académico particular (clases particulares) solo un 3%. De esta muestra de 33 alumnos, un 33,3% está recibiendo tratamiento farmacológico y un 36,4% se le brinda apoyo con psicólogo, u otros profesionales de la salud. Por otro lado, un 66,7% de la muestra no se encuentra actualmente con tratamiento farmacológico y un 63,6% no recibe apoyo de profesionales de la salud tales como psicólogos, neurólogos, psiquiatras o talleres especializados.

Tabla 6.

Ítems de la Escala de Conners y sus puntuaciones para escolares diagnosticados con TDAH en colegios de Chillán

	Nada		Poco		Bastante		Mucho	
	fx	%	fx	%	fx	%	fx	%
1. Inquieto, demasiado activo	5	14,7	10	29,4	7	20,6	12	35,3
2. Impulsivo; se lanza a hacer las cosas sin pensar	8	23,5	11	32,4	7	20,6	8	23,5
3. Molesta a otros niños	12	35,3	16	47,1	1	2,9	5	14,7
4. No termina lo que comienza	4	11,8	5	14,7	14	41,2	11	32,4
5. Se mueve en la silla como si tuviese pidulles	7	20,6	13	38,2	3	8,8	11	32,4
6. Se distrae con facilidad			4	11,8	15	44,1	15	44,1
7. Hay que hacerle caso de inmediato a lo que quiere, si no se enoja	7	20,6	9	26,5	10	29,4	8	23,5
8. Lloro fácilmente	10	29,4	9	26,5	7	20,6	8	23,5
9. Cambia de humor bruscamente	6	17,6	15	44,1	9	26,5	4	11,8
10. Pataletas; conducta explosiva	15	44,1	7	20,6	8	23,5	4	11,8

En cuanto a los resultados del Test de Conners, se puede afirmar que: En el ítem uno, los cuidadores responsables manifestaron que los niños presentan ésta variable en el indicador: mucho, la frecuencia con que respondieron es de 12, siendo un 35,3%. En el ítem dos, la mayoría reportó que los estudiantes manifiestan esta conducta en el indicador: poco, con 11 cuidadores representado en un 32,4%. En relación al ítem tres, los apoderados indican, en su mayoría, que se presenta en el indicador nada, siendo un 35,3%, es decir, 12 personas. Dentro del ítem cuatro, 14 cuidadores manifiestan que sus niños realizan esta acción indicando bastante, en otras palabras, un 41,2%. Referente al ítem cinco, el 38,2%, 13 personas, contestaron en el indicador poco. Por otra parte, el ítem seis, manifestó mayor cantidad de respuestas en dos indicadores; bastante y mucho con 15 cuidadores, correspondiente a un 44,1%, en ambos. En el ítem siete, las respuestas se manifiestan muy similares en cantidad en todos los indicadores, aunque el que mayormente se presentó es el indicador bastante con un 29,4%, es decir, 10 personas. Con respecto al ítem ocho, el 29,4%, con 10 personas respondiendo en el indicador nada referente a la conducta indicada. En el ítem 9, los cuidadores visualizan en su mayoría indicando poco este comportamiento con un porcentaje de 44,1%. En relación al ítem 10, 15 cuidadores que representan el 44,1% respondieron con “nada” en dicha variable.

Tabla 7.

Apgar familiar y sus puntuaciones escolares diagnosticados con TDAH en colegios de Chillán

	Casi nunca		Algunas veces		Casi siempre	
	fx	%	fx	%	fx	%
1. Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa. (n=33)	5	15,2	7	21,2	21	63,6
2. Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas. (n=33)	4	12,1	10	30,3	19	57,6
3. Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección. (n=33)	3	9,1	7	21,2	23	69,7
4. Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor. (n=33)	4	12,1	10	30,3	19	57,6
5. Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos.	3	9,1	7	21,2	23	69,7

En el cuestionario de Apgar familiar, la mayor cantidad de apoderados respondieron en la categoría de casi siempre en los cinco ítems. En el ítem uno, 21 cuidadores representado en un 63,6 % de la muestra. Respecto al ítem dos, un 57,6%. De la muestra que representa a 19 apoderados En el ítem tres, 23 cuidadores afirman en esta sección, siendo un 69,7%, Referente al ítem cuatro, 19 apoderados, simbolizados en un 57,6% de la muestra. Por último, en el ítem cinco, 23 cuidadores representados por un 69,7% de la muestra.

Tabla 8.

Evaluación según Apgar familiar escolares diagnosticados con TDAH en colegios de Chillán

		Frecuencia	Porcentaje
Evaluación según Apgar	Grave disfunción familiar	4	12,1
	Familia moderadamente disfuncional	4	12,1
	Familia muy funcional	25	75,8

En cuanto al cuestionario de Apgar familiar, es posible observar que un 75,8% de los encuestados reportaron resultados en categoría de familia muy funcional, con una frecuencia de 25 personas. Por otro lado, en las categorías de familia moderadamente disfuncional y grave disfunción familiar, se

refleja en ambas el mismo porcentaje, con un 12,1% en cada una de ellas y con 4 cuidadores responsables.

Tabla 9.

Puntuaciones del Test de Conners escolares diagnosticados con TDAH en colegios de Chillán

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Conners Todos los niños	34	1,00	30,00	15,2647	7,02510

En relación al Test de Conners para padres, la media obtuvo un puntaje de 15,2 de un total de 30 puntos, y la desviación estándar se encuentra en 7,02.

Tabla 10.

Diferencias entre el género y puntajes del Test de Conners escolares diagnosticados con TDAH en colegios de Chillán

	Conners
U de Mann-Whitney	69,000
W de Wilcoxon	135,000
Z	-1,992
Sig. asintót. (bilateral)	0,046
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	0,048 ^a

La prueba U de Mann-Whitney demostró diferencias significativas entre el género del niño y los puntajes obtenidos en la prueba de Conners.

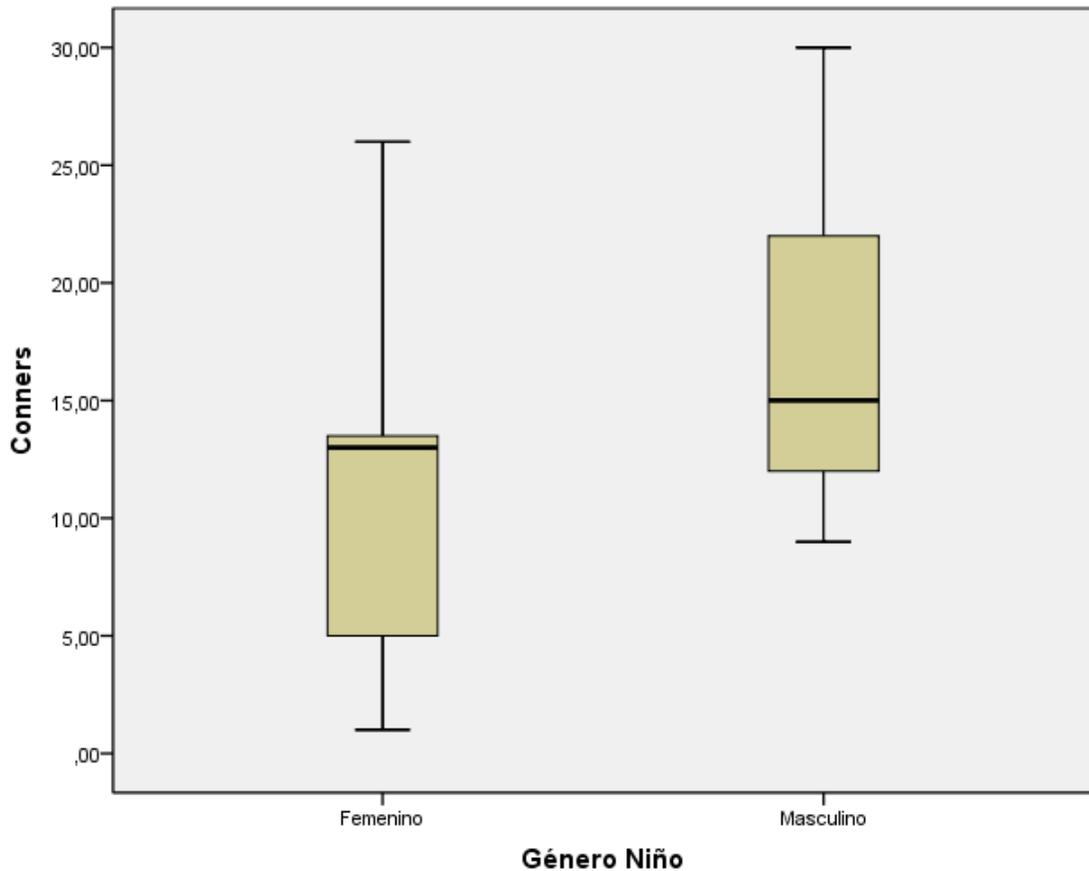


Figura 1. Estadístico de caja de la distribución de los puntajes del Test de Conners según género.

En relación a las puntuaciones del Test de Conners y al género de los niños diagnosticados, se observa que hay una diferencia entre la mediana de los varones con la mediana de las niñas, siendo la primera más elevada en los puntajes que las del género femenino.

El valor mínimo del grupo de las niñas se encuentra alrededor de 2 puntos, mientras que el valor máximo se encuentra en los 30 puntos, estando más disperso que el 75% de la muestra femenina, la cual es asimétrica en relación a su mediana.

El valor mínimo del grupo de los niños se encuentra alrededor de los 10 puntos y el valor máximo se encuentra en los 30 puntos, siendo una muestra asimétrica, aunque menos dispersa que el grupo de niñas.

Según los resultados de los puntajes obtenidos de la escala de Conners, se observa que se cumplirían los criterios diagnósticos para siete niñas de once. Y en la muestra de los varones, diez llegan al puntaje para detectar un TDAH según la percepción de los padres en esta evaluación. La prueba de Fisher no demostró relación entre las variables Evaluación de Conners y Género del niño ($p=0,465$) (ver tabla 11).

Tabla 11.

Evaluación del Test de Conners según género en escolares diagnosticados con TDAH en colegios de Chillán

		Evaluación de Conners			
		sin HDA	Con HDA	Total	
Género del niño	Femenino	Recuento	4	7	11
		% dentro de Género del niño	36,4%	63,6%	100,0%
	Masculino	Recuento	12	10	22
		% dentro de Género del niño	54,5%	45,5%	100,0%
Total	Recuento	16	17	33	
	% dentro de Género del niño	48,5%	51,5%	100,0%	

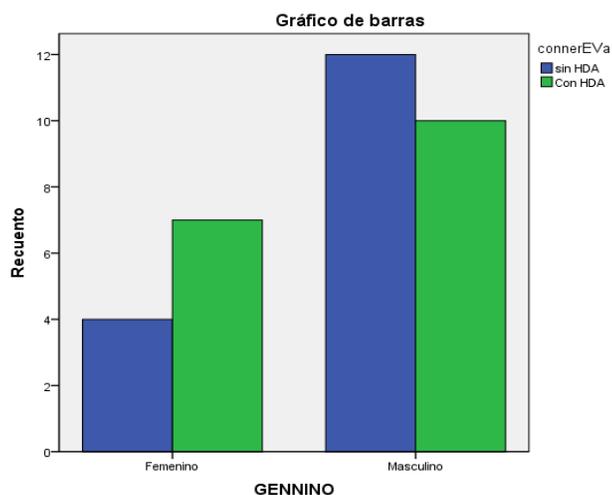


Figura 2. Evaluación del Test de Conners.

De acuerdo al gráfico, se observan los resultados de la tabla 9 acerca de la evaluación de la Escala Conners. En la muestra, más del 50% de las niñas están dentro de la puntuación para TDAH, en contraste, con la muestra masculina, donde el 55% no alcanzan los criterios para el diagnóstico según los puntajes de esta escala desde la visión de los padres.

Cabe destacar que para las mujeres se debe de alcanzar un puntaje menor para ser consideradas con TDA, en comparación con los varones de acuerdo con los estándares de la escala Conners. La frecuencia mínima esperada es 3,88. El estadístico exacto de Fisher tiene valor $p = 0,688$ por lo que no hay relación entre los resultados obtenidos en el Test de Conners y el Apgar (ver tabla 12).

Tabla 12.

Tabla de contingencia para las variables Test de Conners y Apgar, en escolares diagnosticados con TDAH en colegios de Chillán

		Test de Conners			
		sin HDA	Con HDA	Total	
Apgar	Grave /moderada disfunción familiar	Recuento	3	5	8
		% dentro de Apgar	37,5%	62,5%	100,0%
	Estable función familiar	Recuento	13	12	25
		% dentro de Apgar	52,0%	48,0%	100,0%
Total		Recuento	16	17	33
		% dentro de Apgar	48,5%	51,5%	100,0%

Tabla 13.

Correlación de Spearman para los valores obtenidos en la escala de Conners y en Apgar, en escolares diagnosticados con TDAH en colegios de Chillán

		Conners		Apgar
Rho de Spearman	Conners	Coeficiente de correlación	1,000	-,320
		Sig. (bilateral)	.	,069
		N	34	33
	Apgar	Coeficiente de correlación		1,000
		Sig. (bilateral)		.
		N		33

La Correlación de Spearman, no demostró relación entre los puntajes obtenidos en la escala de Conners y el Apgar ($p = 0,069$).

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Discusión

Es posible identificar que “El trastorno por déficit de atención, con hiperactividad o sin ella (TDAH), es la alteración conductual más comúnmente diagnosticada en niños y niñas, que afecta entre 3-5 % de los que se encuentran en edad escolar y predominantemente a los varones” (Álvarez, Duany & Pérez, 2011, p.448). Ante lo anterior, podemos indicar que existe una concordancia con los resultados obtenidos. En primer lugar, los datos obtenidos de las encuestas indican (tabla 1) que, la edad de diagnóstico de los niños con déficit atencional, se presenta antes de los siete años en promedio (American Psychiatric Association, 2013). Coincidiendo con la entrada del niño al sistema educacional, tal como lo indica Barnathan (2004), describiendo, además, que este evento produce una crisis en el niño hiperactivo ante un ambiente estructurado como es el colegio donde le resultara difícil realizar tareas implícitas de un aula de clases y es en estos ambientes donde se produce una alarma a los padres quienes podrían haber normalizado la conducta hiperactiva del niño.

Por otro lado, el diagnóstico o posible presencia de un trastorno, no sólo causa crisis en el niño, sino también, causando una crisis dentro de uno de los miembros de la familia, repercutiendo en todo el sistema, quienes toman las directrices para resolver estas dificultades, son los cuidadores responsables. En este sentido, Sorrentino (citado en Barnathan, 2004), refiere que, dado el diagnóstico es posible crear un nuevo significado de la situación y actuar de acuerdo a ello. Barkley, (citado en Barnathan, 2004) refiere lo siguiente, demostrando que no solo es la familia en la toma de decisión acerca del tratamiento:

Nadie puede apreciar completamente el trastorno, sus causas, su deterioro, su curso y sus consecuencias sin recurrir al entorno social y a la interacción del niño con él. El mismo diagnóstico del TDAH depende a nuestro entender de este punto. Son los informes de otro, dentro de esta red social, los que determinan qué niños se envían a consulta, se diagnostican y se tratan (p. 5).

Es posible observar que dentro de los resultados (tabla 3) el 100% recibe apoyo del Programa de Integración Escolar (PIE), en algunos casos, siendo el único tratamiento que reciben, por lo que, se puede afirmar que los niños de la muestra obtienen un gran apoyo de parte del sistema educacional, obteniendo la mayoría de las herramientas para afrontar el trastorno. En este caso, el entorno social cumple un rol fundamental. Por otro lado, causa interés, que dentro de la muestra, 33 niños, un 66,7% de la muestra no se encuentra actualmente con tratamiento farmacológico y un 63,6% no recibe apoyo

de profesionales de la salud tales como psicólogos, neurólogos, psiquiatras o talleres especializados. Es decir, más de la mitad solo recibe el apoyo del PIE.

Rabadán & Giménez (2012) consideran que el sistema educacional es una fuente de información primaria en la detección de algún tipo de trastorno, debido a su constante contacto con el niño o niña. Es importante recalcar que el nivel socioeconómico y sociocultural, como ha sido apoyado por la bibliografía, estaría directamente relacionado con la información adquirida acerca del proceso de intervención a realizar frente un trastorno, en donde se ven expuestas carencias de información y estancamiento en la adquisición de un tratamiento multidisciplinario óptimo que debería llevar a cabo el niño o niña diagnosticado. Por lo tanto, el entorno escolar es un organismo facilitador que retroalimenta al sistema familiar. Sin embargo, así como puede orientar hacia un diagnóstico a la sintomatología de un niño, también es probable que normalicen conductas representativas de este trastorno en particular, convierten en comportamientos normales, aminorando su importancia y trascendencia. Esto afecta directamente el proceso de aceptación y adaptación del sistema familiar cuando recién es detectado algún tipo de trastorno dentro del mismo (Bianchi, 2015).

Lucena (2006) considera que el sistema educacional o familiar, en relación al TDAH y sus manifestaciones, en cualquiera de estas dos áreas, son los responsables de la concientización del Trastorno como tal, pero no del etiquetamiento irracional del niño. Las consecuencias podrían ser trascendentalmente negativas, sintetizando que, ambos sistemas deben generar comprensión y apoyo, estructurando los diversos entornos socioculturales que se relacionan con el niño, previniendo limitaciones circunstanciales que actúen negativamente en el desarrollo de ciclo vital de cada niño diagnosticado.

Por otro lado, en la evaluación de la escala de Conners se manifiesta una diferencia transversal entre la evaluación que se hace al hombre y la mujer, se considera que el hombre debe tener más 16 de puntos para considerarse con TDAH y en cuanto a la mujer, debe tener más de 12 para calificar con TDAH, lo que quiere decir que si el comportamiento de un niño es disruptivo, muy intranquilo, con sintomatología asociada al trastorno, podría ser considerado que no tiene TDAH, a pesar de que la mujer tiene un comportamiento más tranquilo al evaluarse con menos puntos.

Dentro de los resultados obtenidos en la relación entre género y evaluación puntajes de Conners, nos encontramos que se cumplirían los criterios diagnósticos del TDAH para 6 niñas de 11. En la muestra de los varones, 10 de 22 niños llegan al puntaje para detectar un TDAH, según la percepción de los padres en esta evaluación. Igualmente, el Estadístico exacto de Fisher dio un valor $p=0,465$ lo que demuestra que la variable sexo no está relacionada con la Evaluación del Test de Conners obtenida.

Respecto a lo anterior, otros estudios, refieren que el motivo de derivación es por parte de los docentes. Además, señalan la importancia del género intrínsecamente, como mencionamos anteriormente, es común que los padres puedan normalizar la conducta hasta la entrada de los niños al colegio, donde se hace evidente una dificultad. Según Kypriotaki & Manolitsis; (citado en Baltar Del Pino, 2015): “Se identificaron con mayor precisión a las niñas, pero con más frecuencia a los niños.”(p.10). Esta identificación se explica, al observar que los docentes reportan conductas disruptivas por parte de las niñas mientras que, en el caso de los varones, se deriva mayormente por la frustración producida en el este profesional a la hora de enseñar (Baltar Del Pino, 2015)

Con lo que rectifica que la información generada entre el colegio y la familia son importantes para el constructo del niño, basados en un diagnóstico perceptivo de lo que se espera por el género, situación que debiera ser estudiada más a fondo en otra oportunidad.

Por el contrario, al evaluar a los cuidadores responsables acerca de las manifestaciones comportamentales de los niños, luego de un diagnóstico fiable de TDAH, queda preguntarse si esta percepción generada influye en la funcionalidad familiar. Tal como se explica en la bibliografía, en los resultados se hace evidente; hay una tendencia que indica que a mayor puntaje de Conners que revelan manifestaciones más fuertes del trastorno en los niños, hay una creciente en la disfuncionalidad familiar. Esto puede generar un factor de riesgo al ser mantenido durante el tiempo, o incluso agravando los comportamientos de los niños y el sistema biopsicosocial en el que se desarrolla.

Conclusiones

La problematización de ésta investigación fue cuestionar la relación que existe entre el funcionamiento familiar reportado por los cuidadores responsables de niños diagnosticados de Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH) y las manifestaciones comportamentales que presenten los mismos. Para conocer la relación entre estas variables, se aplicó a una reducida muestra, dos test validados en Chile que se compararon estadísticamente. Uno de ellos es el Test de Conners para padres. Este test tiene una puntuación máxima de 30 puntos, sumando las respuestas de cada ítem según la categoría respondida por el cuidador del niño. A mayor puntaje, mayor es la gravedad de las manifestaciones en el comportamiento del Déficit Atencional en el estudiante. El segundo test aplicado fue el Cuestionario de Apgar Familiar, presenta cinco ítems con una puntuación máxima de 10 puntos. En los reportes de 10 a 7 puntos se puede reflejar una familia funcional, por el contrario, las puntuaciones que van de 0 a 3 indican una grave disfunción familiar.

Respecto a las delimitaciones de la muestra, la población encuestada fue mayor a la propuesta al inicio de la investigación. Ésta constaba de 20 cuidadores responsables de niños diagnosticados con

TDAH que se encontraran entre primero y cuarto básico de enseñanza. Sin embargo, dentro del estudio participaron 34 apoderados. Los colegios que formaron parte de la exploración fueron seis, siendo diversos en cuanto a su condición socioeconómica.

Se planteaba además, que existían algunas limitaciones dentro del estudio. Una de ellas, es la edad en la que se detecte el trastorno, ya que, en muchos casos, se espera a que el niño tenga una edad prudente para el diagnóstico, de esta manera, descartar la posibilidad de que sea otro trastorno. Otra limitación a considerar, era el género, ya que el diagnóstico del TDAH predomina en los varones. Justamente, este aspecto fue comprobado por la muestra, ya que, el número de niños que formaron parte del estudio, fue mayor que el de las niñas. Aunque, según la evaluación de los puntajes del test de Conners en su versión para padres, la mayoría de los varones no presenta los criterios para indicar que existe una sospecha del Trastorno de Déficit Atencional. Asimismo, otra de las limitaciones era el tipo de TDAH, puesto que, cada subtipo manifiesta comportamientos distintos, esto se vería reflejado en la muestra, aunque no se realizaron las observaciones. Por último, se mencionaba la implicancia del nivel socioeconómico y cultural en el que se encuentran los niños y sus familias, ya que podrían existir mayores recursos para el tratamiento del Déficit Atencional, aunque dentro de la investigación, este factor no se consideró.

En referencia a la hipótesis planteada en este estudio, principalmente fue que, las manifestaciones comportamentales disminuirían en los niños diagnosticados con el TDAH, mientras exista una mayor funcionalidad familiar. En este caso, las pruebas realizadas en las tablas 10 y 11, prueba Estadístico exacto de Fisher y Correlación de Spearman no indicaron relación entre test de Conners y Apgar.

Por otra parte, los objetivos específicos fueron alcanzados. En primer lugar, conocer las características sociodemográficas de los niños diagnosticados de Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad y los cuidadores responsables de estos. Reconociendo que la gran mayoría de apoderados son del género femenino, siendo las madres, el parentesco mayormente representado. Se encuentran entre el rango etario de 32 a 44 años. Además, los niños presentan con mayor frecuencia el trastorno en comparación a las niñas en relación a la muestra. El tipo de TDAH más frecuente es el combinado, en el que se presenta síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad. Igualmente se observó los tratamientos actuales que poseen los niños diagnosticados, indicando que la totalidad de la muestra recibe apoyo del Programa de Integración del establecimiento educacional al que están vinculados. Respecto a otros tipos de tratamiento, la mayoría no los posee.

En segundo lugar, se cumplió con el objetivo de determinar las manifestaciones comportamentales más frecuentes en los niños y niñas diagnosticados con déficit de atención, obtenidos por el Test de Conners para padres, reportando que el mayor porcentaje de la muestra, manifiesta con bastante

frecuencia inquietud, incapacidad para terminar lo que hace, distracción elevada e irritabilidad frente a demandas insatisfechas.

Por último, otro objetivo alcanzado, fue evaluar el funcionamiento familiar de los cuidadores responsables de los niños diagnosticados, a través del cuestionario de Apgar familiar, definiéndose la generalidad en la categoría de familias muy funcionales.

Recomendaciones

En cuanto a la presente investigación, es importante destacar la dificultad que se encontró al momento de involucrar una muestra homogénea respecto al género de los niños diagnosticados y la cantidad reducida de ésta. Por lo que, dentro de las recomendaciones para futuros estudios relacionados con el Déficit Atencional, es relevante mencionar, que referente a la muestra de la población, se sugiere que sea más amplia. Así mismo, abarcar una cantidad equitativa entre el género de los participantes, de manera que se puedan llegar a conclusiones que confirmen firmemente las inferencias aquí expuestas, alcanzando a mayor cabalidad, comparaciones y resultados que den antecedentes relevantes dentro del campo investigativo.

Por otro lado, el Test de Conners que fue aplicado como parte de la encuesta, en este sentido considera diferencias de puntuación en relación a las respuestas de las niñas y de los niños. Por este motivo, una de las recomendaciones, sería incluir variedad de test, que den más especificidad para la continuidad de esta investigación.

En último lugar, no se pudo concretar la participación de más colegios, en parte, por el limitado tiempo de la investigación. En este caso, la recomendación es considerar mayor participación de establecimientos educativos, contemplando un rango más amplio, siendo una muestra representativa, analizando, para ello, la ubicación sociodemográfica y el tipo de establecimiento al que pertenecen cada uno.

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD ADVENTISTA DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Presentado como Trabajo Final para el título de Licenciatura en Psicología.

Título del estudio: Manifestaciones Comportamentales Del Estudiante Diagnosticado Con Trastorno De Déficit Atencional Según El Cuidador Responsable Y La Funcionalidad Familiar

Investigadores: Patricia Caris Muñoz

Jessica Herrera González

Maite Sandoval Leiva

Loreto Punucura Arancibia

Cecilia Cisternas (Docente Guía)

Por el presente documento le invitamos a participar en un estudio de investigación. Usted puede decidir si desea o no participar en este estudio. De querer participar, tiene derecho a saber cuál es el objetivo de este estudio, cómo se selecciona a los participantes, qué procedimientos se emplearán, cuáles son los posibles beneficios y qué es lo que se espera de usted como participante de la investigación. Este proceso se denomina "consentimiento informado". El presente formulario está diseñado para explicarle a usted todo lo concerniente al estudio a realizarse en el establecimiento educativo _____.

La investigación es llevada a cabo por estudiantes de Quinto año de la carrera de Psicología de la Universidad Adventista de Chile. Le invitamos a leerlo detenidamente, y ante cualquier pregunta o duda consulte con quienes están a cargo del proceso. Después de haberlo leído y si está de acuerdo, por favor firme su aceptación.

1. CARÁCTER DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo de la investigación es conocer las manifestaciones en la conducta en los estudiantes diagnosticados con Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH) reportado por el principal cuidador del niño y descubrir la relación que poseen las manifestaciones de los síntomas en el funcionamiento familiar.

Para obtener los datos de la investigación, en primer lugar, se debe obtener el presente documento firmado por el cuidador responsable del niño que está diagnosticado con TDAH. Inmediatamente después, se entregan las encuestas que recolectarán los datos necesarios para la investigación. Esto le tomará tan sólo unos minutos.

2. CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Los datos personales obtenidos en el actual documento, en relación a su identificación personal, serán mantenidos en absoluta reserva, conservando el secreto profesional por parte de las estudiantes y docentes que guíen el proceso investigativo. Esta información permanecerá guardada en un lugar seguro sin acceso a personas ajenas al estudio, y en ningún caso serán de conocimiento público.

Los datos obtenidos en las encuestas posteriores, no poseen identificación personal, por lo que serán usados y manipulados para la obtención de resultados en la investigación, y posteriormente publicados para generar conocimiento respecto al ámbito estudiado en la comunidad profesional.

3. REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Si al momento de leer la encuesta posterior, no desea participar, puede negarse y pedir que se anulen los datos recién propiciados.

4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, identificado(a) con el R.U.T: _____ he leído comprensivamente toda la información contenida en este documento en relación a la participación de la investigación: “Manifestaciones comportamentales del estudiante diagnosticado con Trastorno De Déficit Atencional según el cuidador responsable y la Funcionalidad Familiar.”, Después de haber recibido explicaciones verbales sobre las mismas y satisfactorias respuestas a mis inquietudes, he comprendido que puedo revocar en cualquier momento el consentimiento firmado. También me informaron que los datos personales serán protegidos y guardados en absoluta reserva, y que los resultados de la investigación serán publicados, resguardando la confidencialidad de mi identidad.

Después de haber reflexionado sobre las implicaciones de mi decisión, libre, consciente y voluntariamente, manifiesto que **CONSIENTO** a participar del estudio, contestando los cuestionarios correspondientes.

En constancia, firmo este documento de consentimiento informado, en la ciudad de Chillán el día ____ del mes de _____ del año 2016.-

Nombre: _____

Parentesco/Relación: _____

RUT: _____

Firma del Padre/Madre o Tutor Responsable

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE LAS MANIFESTACIONES DEL TRASTORNO DE DÉFICIT ATENCIONAL CON Y SIN HIPERACTIVIDAD (TDA/H) RESPECTO AL CUIDADOR RESPONSABLE Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

1.- Datos personales del cuidador

Edad: _____ años **Género:** Femenino Masculino
Parentesco con el niño: padre madre tíos/ abuelo/ otros

2.- Datos personales del niño

Edad del niño: _____ edad **Género:** Femenino Masculino

El niño presenta diagnóstico de TDAH de tipo:

- TDAH tipo déficit de atención o inatento
- TDAH tipo combinado (inatención e hiperactividad- impulsividad)

Curso del niño:

- 1º 2do 3ro 4to

Edad en que fue diagnosticado el niño: _____ años

Tipo de tratamiento para control de TDA (puede marcar más de una)

- Apoyo escolar del PIE (programa de integración escolar)
- Apoyo académico particular (clases particulares)
- Tratamiento farmacológico
- Otros (Psicólogo particular, psiquiatra, talleres extraescolares, etc.)

A continuación, se presentan dos cuestionarios, los cuales pedimos pueda contestar. En el primero, el objetivo es determinar de qué manera se comporta el niño en su hogar, cuáles son las manifestaciones más comunes en su conducta. En el segundo cuestionario queremos obtener su percepción respecto a su familia.

Manifestaciones comportamentales del TDAH en casa

Conteste el cuestionario según el comportamiento que presenta el niño en la casa o en situaciones cotidianas.

	Nada 0	Poco 1	Bastante 2	Mucho 3
1. Inquieto, demasiado activo				
2. Impulsivo; se lanza a hacer las cosas sin pensar				
3. Molesta a otros niños				
4. No termina lo que comienza				
5. Se mueve en la silla como si tuviese pidulles				
6. Se distrae con facilidad				
7. Hay que hacerle caso de inmediato a lo que quiere, si no se enoja				
8. Lloro fácilmente				
9. Cambia de humor bruscamente				
10. Pataletas; conducta explosiva				

Indicadores del funcionamiento familiar

Responda el cuestionario de acuerdo a la frecuencia en que esté de acuerdo con los enunciados

	Casi siempre 2	Algunas veces 1	Casi nunca 0
1. Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa.			
2. Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas.			
3. Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección.			
4. Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor.			
5. Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos.			

NOTA: Se define familia como la (s) persona (s) que normalmente vive con usted. En caso de vivir solo, su familia está formada por aquellas personas con quienes tenga actualmente relaciones emocionales muy estrechas.

Muchas Gracias!

ANEXO 3

TABLAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Tabla 14.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Conners	Apgar
N		34	33
Parámetros normales ^{a,b}	Media	15,2647	7,6061
	Desviación típica	7,02510	3,05102
Diferencias más extremas	Absoluta	,133	,248
	Positiva	,133	,216
	Negativa	-,080	-,248
Z de Kolmogorov-Smirnov		,774	1,427
Sig. asintót. (bilateral)		,588	,034

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

LISTA DE REFERENCIAS

- Alvarado-Broncano, B.; Huerta-Lovaton, B. & López-Rodas, J. (2013). Conocimientos y actitudes de los padres acerca del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en un colegio de Independencia, Lima, Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 73(2), 45-51.
- Álvarez, C.; Duany, V. & Pérez, R. (2011). Modificación de conocimientos en familiares de niños y niñas con trastornos por déficit de atención. *Medisan*, 15(4), 447-453.
- Amar, A. J. J. & Martínez, G. M. B. (2011). *El ambiente imperativo: un enfoque del desarrollo infantil*. Bogotá, CO: Universidad del Norte. Obtenido de: <http://www.ebrary.com>
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* (Segunda ed.). Washington D. C.: Autor.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* (Tercera ed.). Washigton D. C.: Autor.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* (Cuarta ed.). Washington D.C.: Autor.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V)* (Quinta ed.). Washigton D.C.: Autor.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (Quinta ed.). Arlington: Panamericana.
- Baltar Del Pino, E. (2015). *Identificación del alumnado con TDAH en el aula de Primaria: ¿existen diferencias debidas al sexo?* Tesis de Magister en Educación Primaria, Universidad de Granada, Granada, España. Obtenido de: http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/40389/1/Baltar_del_Pino_Elia_TFG.pdf
- Barnathan, C. (2004). *Niños con TDAH, cambios en la interacción familiar a partir del diagnóstico*. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, Argentina. Obtenido de: http://184.168.109.199:8080/jspui/bitstream/123456789/1622/1/106_barnathan.pdf
- Barkley, R. A. (1990). *Attention deficit hyperactivity disorders: A handbook for diagnosis and treatment*. Nueva York: Guilford.
- Barrera, L. E. & Martino, R. H. (2009). *El niño discapacitado*. Buenos Aires, AR: Editorial Nobuko.
- Baucum, D. & Craig, G. (2009). *Desarrollo Psicológico* (Novena ed.). México: Pearson Educación.
- Benítez, M.; Caicedo Mera, J.; Dueñas Gómez, Z.; Gómez, D.; Izquierdo, A. & Vásquez, R. (2011). ¿Qué es la hiperactividad y cómo ven el problema los padres? *Rev. Colomb. Psiquiatría*, 40(3), 488-503.
- Bianchi, E. (2015). Infancia, normalización y salud mental: figuras históricas y encadenamientos actuales en la formulación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Hist. ciênc. saúde-Manguinhos*, 22(3), 761-779.

- Brophy, C. C.; Llandrich, J. O.; Navarro, J. B. & Pallarés, J. A. (2007). Complicaciones obstétricas y médicas en el Trastorno de Déficit Atencional/Hiperactividad (TDAH): ¿hay diferencias entre los subtipos? *International journal of clinical and health psychology*, 7(3), 679-695.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Calle Portugal, S. P.; Palacios-Cruz, L.; Patiño, R.; Peña, F. D. L.; Valderrama, A. & Ulloa, R. E. (2011). Conocimientos, creencias y actitudes en padres mexicanos acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Salud mental*, 34(2), 149-155.
- Cardona, A.; Eusse, K.; Figueroa, S.; Garizado, A.; Sanchez, M. & Torres, A. (2014). *La dinámica familiar y las prácticas de crianza como elemento clave en la ecuación parental*. Tesis de Psicología, Universidad Nacional abierta y a distancia, Palmira, Colombia. Obtenido de: <http://repository.unad.edu.co/bitstream/10596/2684/4/41946256.pdf>
- Centros para el control y la prevención de enfermedades (2015, 24 de Junio). *Datos y estadísticas TDAH* [pag web]. Obtenido de: <http://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/adhd/data.html>
- Cerda, A.; Domic, M.; Quiroz, J.; Ramos, M. & Urzúa, A. (2009). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños escolarizados. *Revista chilena de pediatría*, 80(4), 332-338.
- Colomer, C. (2013). *Factores familiares y neuropsicológicos: Implicaciones en los problemas de conducta y sociales de niños con TDAH* Tesis de Doctorado en Neurociencia Cognitiva y Educación, Universidad de Valencia, Valencia, España. Obtenido de: http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/28999/RODERIC_CARLA%20COLOMER.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Corral, A. & Pardo de León, P. (2012). *Psicología evolutiva I: Introducción a la psicología I* (Vol. 1). Madrid, España: UNED- Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Cruz, J. (2014). *Relación entre TDAH y nivel socio-económico* [pág. web]. Obtenido de <https://educaciontdah.wordpress.com/2014/07/08/relacion-entre-tdah-y-nivel-socio-economico/>
- De Déu, F. S. J. (2010). *Guía de práctica clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya.
- Díaz García, I. (2015). *Aplicación del test de Apgar para valorar la disfunción familiar en familias con niños con TDAH: protocolos de investigación*. Tesis de Enfermería, Universidad de Salamanca, Ávila, España. Obtenido de: http://gredos.usal.es/xmlui/bitstream/handle/10366/125568/TG_DiazGarciaI_AplicaciontestApgar.pdf?sequence=1
- Díaz-Loving, R.; García-Méndez, M. & Rivera-Aragón, S. (2015). *Continuidad y cambio en la familia: factores intervinientes*. Mexico City, México: Editorial El Manual Moderno.
- Díez, A.; Guidi, M. & Serrano, E. (2013). ¿Es el tratamiento psicológico eficaz para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)? Revisión sobre los tratamientos no farmacológicos en niños y adolescentes con TDAH. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(1), 44-51.

- Dugarteel, M. R. & Pérez Lo Presti, A. (2011). *El educador y la familia disfuncional*. Educere, 15(52), 629-634.
- Duskin, R.; Papalia, D. & Wendkos, S. (2010). *Desarrollo humano* (11 ed.). México: The McGraw-Hill Companies, Inc.
- Freixas, J. & Icart, A. (2013). *La familia: Comprensión dinámica e intervenciones terapéuticas: Comprensión dinámica e intervenciones terapéuticas*. Barcelona, ES: Herder Editorial.
- Fundación Adana. (2016). TDAH [pág. Web]. Obtenido de: <http://www.fundacionadana.org/definicion>
- Fundación Cantabria Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad. (2012). Intervención educativa coordinada con los Centros Escolares. [pág. Web]. Obtenido de <http://www.fundacioncadah.org/web/>
- García-Castellar, R.; Miranda-Casas, A.; Jara-Jiménez, P.; Presentación-Herrero, M. D. J. & Siegenthaler-Hierro, R. (2006). Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados. *Rev Neurol*, 42(137), 43.
- García Castellar, R.; Miranda Casas, A. & Soriano Ferrer, M. (2002). Optimización del proceso de enseñanza/ aprendizaje en estudiantes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *EduPsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 1(2), 249-274.
- García R.; Miranda A. & Presentación, M. J. (2002). Factores moduladores de la eficacia de una intervención psicosocial en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Neurol*; 34(Supl 1): S91-7.
- González Benítez, I. (2000). Reflexiones acerca de la salud familiar. *Revista Cubana dde Medicina General Integral*, 16(5), 508-512. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252000000500015&script=sci_arttext
- González, L. M. & Méndez, M. E. (2014). La familia de niños con Déficit de Atención e Hiperactividad. *Cayapa: Rev. Venezolana de Economía Social*, 14(28), 83-95. Obtenido de: <http://www.redalyc.org/pdf/622/62242950006.pdf>
- Grau-Sevilla, D; Marco-Taberner, R; Miranda-Casas, A. R. & Roselló, B. (2007). Estilos de disciplina en familias con hijos con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: influencia en la evolución del trastorno. *Rev. neurol*, 44(Supl 2), S23-S25.
- Harrison, C. & Mclaughlin, D. (2006). Parenting practices of mothers of children with ADHD: The role of maternal and child factors. *Child Adolescent Ment Health*, 11: 82-8.
- Herrera Santi, P. (2000). Rol de género y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 568-573.
- Isorna, F. M. (2013). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Vigo, ES: Servizo de Publicacións da Universidade de Vigo.
- Kipp, K. & Shffer, D. (2007). *Psicología del Desarrollo: Infancia y Adolescencia* (Séptima ed.). Santa Fe, México: Cengage Learning.

- Larousse. (2015). Diccionario Larousse [pág. Web]. Obtenido de: <http://www.larousse.mx/>
- Lee, W. Y. & Simon, G. (1998). *El arte de la terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Lucena, F. J. H. (2006). TDAH y educación: hacia una visión holística y comprensiva de su evaluación y tratamiento. *El Guiniguada*, (15), 145-172.
- Milicic, N. (2006). *Cuanto y como los quiero*. Santiago: El Mercurio, Aguilar.
- Ministerio de Educación (2010). *Normas para determinar los alumnos con Necesidades Educativas Especiales que serán beneficiarios de las Subvenciones para Educación Especial: Decreto 170*. Santiago: Autor. Obtenido de: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1012570>
- Ministerio de Justicia (2013). *Protección a la Integridad del Menor Ley 20680*. Santiago: Autor. Obtenido de: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1052090>
- Minuchin, S. (1979). *Técnicas de terapia familiar*. New York: Harvard University Press.
- Minuchin, S. (2003). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Minuchin, S. (2005). *Familias y terapia familiar* (Novena ed.). Barcelona: Gedisa.
- Montiel-Barbero, I., Montiel-Nava, C. & Peña, J. A. (2005). *Clima familiar en el trastorno por déficit de atención-hiperactividad*. *Psicología conductual*, 13(2), 297-310.
- Moraga, R. (2008). *Evolución en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida*. Madrid: Draft Editores, SL.
- Muñiz, R. (2007). *Bitácora TDAH: Una innovadora propuesta psicomotriz para la atención del niño con trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. México: Aguilar.
- Organización de Estados Iberoamericanos para la educación, la ciencia y la cultura. (s.f.). *Sistemas educativos Nacionales de Chile* [pág. Web]. Obtenido de: www.oei.es/quipu/chile/CHIL04.PDF
- Paladines Guamán, M. & Quinde Guamán, M. (2010). *Disfuncionalidad familiar en niñas y su incidencia en el rendimiento escolar*. Tesis de Licenciatura en Psicología Educativa, Universidad de Cuenca, Ecuador. Obtenido de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2267/1/tps602.pdf>
- Perote Alejandro, A. & Serrano Agudo, R. (2012). *TDAH: Origen y desarrollo*. Madrid: Fundación Tomás Pascual.
- Pintor Cano, B. (2012). *Elaboración de un cuestionario para detectar el grado de conocimiento de familias y docentes respecto al TDAH*. Pre proyecto de tesis doctoral en Educación Especial, Universidad de Almería, España.
- Rabadán Rubio, J. A. & Giménez-Gualdo, A. M. (2012). Detección e intervención en el aula de los trastornos de conducta. *Rev. De la Facultad de Educación*, 15(2), 185-212. Obtenido de: <http://espacio.uned.es/fez/view/bibliuned:EducacionXXI-2012-15-2-5080>

- Real Academia Española (2014). Diccionario RAE: vigésimotercera edición [pág. Web]. Obtenido de: <http://www.rae.es/obras-academicas/diccionarios/diccionario-de-la-lengua-espanola>
- Sances Masero, C. (2009). *Intervención Familiar Grupal Niños Con Trastorno Por Déficit Atencional Con Hiperactividad (TDAH)*. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universitat Abat Oliba CEU, Barcelona, España. Obtenido de: <http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/39590/TFC-SANCES-2009.pdf?sequence=1>
- Scandar, R. (2007). *El niño que no podía dejar de portarse mal. TDAH: Su comprensión y tratamiento*. Buenos Aires: Distal.
- Simón, F. B.; Stirling, M. & Wynne, L. C. (1998). *Vocabulario de terapia familiar*. Buenos Aires: Editorial Gedesa.
- Stassen Berger, K. (2012). *Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia* (novena ed.). Madrid: Editorial Mecia Panamericana.
- Tdahytu (2014). *TDAH en 60 segundos* [Video]. España. Obtenido de <https://vimeo.com/99332413>