

01921
226



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**“LA AUTOESTIMA EN MADRES CON HIJOS
CON DEFICIT DE ATENCION E
HIPERACTIVIDAD Y LA AUTOESTIMA DE SUS
HIJOS . ESTUDIO COMPARATIVO”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A:

SENTIES GONZALEZ MONICA VIRGINIA

**DIRECTOR DE TESIS: MTRA. MARIANA GUTIERREZ LARA
ASESOR ESTADISTICO: LIC. MARCOS E. VERDEJO MANZANO
REVISOR: LIC. ALMA MIREIA LOPEZ-ARCE CORIA**



MEXICO. D.F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2003

A



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

RECONOCIMIENTOS

A la Mtra. Mariana Gutiérrez
Por su valiosa asesoría en este
trabajo .

Al Lic. Marcos Verdejo
Por su apoyo y colaboración en esta
investigación.

Al Hospital Psiquiátrico Infantil
"Dr. Juan N. Navarro"
Que hizo posible la elaboración de
este trabajo.

A la Psic. Leticia Gómez
Por su asesoría en esta investigación.

A mis Amigas
Xochitl Quintanilla y
Alejandra Fuentes
Gracias por su amistad y cariño.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



A mi Revisor y Sinodales
Lic. Alma Mireia López- Arce Conia
Mtro. Celso Serra Padilla
Mtra. Blanca Elena Mancilla Gómez
Mtra. Cristina Heredia Ancona
Por sus oportunos comentarios.

A mis padres
Concepción González y
Roberto Senties
Por confiar en mi y apoyarme
incondicionalmente.
Gracias por su paciencia y amor.

A las Psicólogas
Alma Reynoso
Silvia Mejía
Carmen Corona
Guadalupe Cortés
Por ser ejes centrales en mi formación
profesional.



NO PUEDO HACER NADA BIEN

NO PUEDO HACER LAS COSAS TAN BIEN COMO LOS OTROS

NO QUIERO INTENTARLO

SÉ QUE NO ME VA A IR BIEN

SÉ QUE NO VOY A TENER ÉXITO

QUISIERA SER OTRA PERSONA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Frases que utilizan frecuentemente los niños con déficit de atención e hiperactividad.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Almendra V. Aguirre

Sandra González

FECHA: 21/01/2013

FIRMA: Sandra Aguirre de Almendra

C

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
MARCO TEÓRICO	5
CAPÍTULO 1 DEFINICIONES DE AUTOESTIMA	5
CAPÍTULO 2 AUTOESTIMA EN LA MUJER	8
2.1 Autoestima como mujer	8
2.2 Autoestima como madre	10
2.3 Autoestima como hija	15
CAPÍTULO 3 AUTOESTIMA EN EL NIÑO	16
3.1 Influencia del entorno familiar en la autoestima del niño	16
3.2 Influencia del entorno social en la autoestima del niño	29
3.3 Influencia del entorno escolar en la autoestima del niño	32
CAPÍTULO 4 RENDIMIENTO ESCOLAR	43
4.- Rendimiento escolar	43
CAPÍTULO 5 TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	48
5.1. Antecedentes	48
5.2. Prevalencia	50
5.3. Etiología	51
5.4. Semiología	55
5.5. Diagnóstico	59
5.6. Diagnóstico diferencial	65
5.7. Pronóstico	70
5.8. Tratamiento	72
5.9. Prevención	80

CAPÍTULO 6 MÉTODO	81
6.1 Planteamiento y justificación del problema	81
6.2 Formulación de hipótesis	82
6.3 Variables	83
6.4 Sujetos	85
6.5 Muestreo	86
6.6 Tipo de estudio	86
6.7 Diseño	86
6.8 Instrumentos	87
6.9 Procedimiento	90
6.9.1 Análisis Estadístico	91
CAPÍTULO 7 RESULTADOS	91
CAPÍTULO 8 DISCUSIÓN	101
CAPÍTULO 9 CONCLUSIONES	110
CAPÍTULO 10 LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	112
BIBLIOGRAFÍA	113
ANEXOS	

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue conocer si existen diferencias en la autoestima de madres con hijos con déficit de atención e hiperactividad y madres con hijos con buen rendimiento escolar, así mismo si existen diferencias en la autoestima de sus hijos, aunado también a determinar si hay una relación en la autoestima madre-hijo de ambos grupos. La muestra estuvo conformada por 30 diadas madre-hijo con déficit de atención e hiperactividad del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, y 32 diadas madre-hijo con buen rendimiento escolar de escuelas primarias públicas. En ambos grupos de niños se pidió un coeficiente intelectual Normal 90-109 (WISC-R) y sin alteración a nivel cerebral (Bender) así mismo una edad entre 8 y 12 años. La autoestima se midió en las madres a través del cuestionario de Silvia Vite (1986) y en los niños el inventario de autoestima de Coopersmith (1967). Los resultados fueron obtenidos mediante la prueba "T" de Student, y la prueba de correlación de Spearman. Los resultados de la prueba T de Student muestran que no existen diferencias en el nivel de autoestima de las madres, aunque al hacer el análisis de los 6 factores que se tomaron en cuenta, 2 de ellos resultaron significativos *Autoestima Negativa* y *Autoestima positiva como madre*, presentando el grupo de madres con hijos con buen rendimiento escolar mayor autoestima negativa en comparación con las madres con hijos con déficit de atención e hiperactividad. Por lo que se refiere al factor 4, las madres con hijos con déficit de atención e hiperactividad presentan mayor autoestima positiva como madre. Los resultados obtenidos en ambos grupos de niños mostraron que si existen diferencias en el nivel de autoestima, siendo mayor dicha autoestima en el grupo de niños con buen rendimiento escolar, así mismo en 2 de las 5 escalas *Hogar* y *Self general* presentando mayor autoestima en estas escalas el grupo de niños de buen rendimiento escolar. Por lo que respecta a la prueba de Spearman, no se obtuvo una correlación significativa, es decir no hay una relación entre la autoestima de la madre y de su hijo tanto del grupo de buen rendimiento escolar y del grupo de TDAH.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

En México el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad ha capturado el interés de Psicólogos, Médicos e Investigadores de la educación, ya que ha sido considerado como uno de los trastornos diagnósticos con mayor frecuencia en la población infantil, dado que se estima su ocurrencia entre el 4 y el 10% de los niños (Taylor, 1991), esto aunado a que actualmente es uno de los trastornos infantiles más estudiados y controvertidos, ya que aún existen desacuerdos en cuanto a las características que lo definen y más aún cuanto a si estas características conforman un cuadro único ó forman parte de otro trastorno, por lo que estos aspectos continúan debatiéndose en la actualidad (Solloa, 1993).

Antes estos niños eran diagnosticados con: Lesión cerebral mínima, Síndrome hiperquinético, Retraso maduracional, Síndrome cerebral crónico, Disfunción cerebral mínima, etc. Actualmente se considera que presentan un trastorno por déficit de atención, dado que esta deficiencia constituye el síntoma principal, la hiperactividad resulta más difícil de precisar y suele disminuir e incluso desaparecer en la adolescencia, en tanto que persiste la falta de atención (Verduzco, 1989).

Quien lo presenta puede verse afectado en su desempeño académico y social, así como en el aspecto emocional (Faigel, 1995). La mayoría de los niños se identifican con este trastorno debido a los problemas que presentan en la escuela. Sin embargo en muchas instancias, los padres sospechan que su hijo es diferente al resto de los niños de su misma edad. Como resultado de su incapacidad para satisfacer las demandas académicas, el niño con TDAH genera conductas ó problemas secundarios como son: depresión, enojo, agresividad y/o baja autoestima. Esta última juega un papel importante en el desarrollo del niño, ya que es un obstáculo más, para que él tenga oportunidades de desarrollar y practicar las habilidades sociales (Pini, 2001).

Coopersmith (1981) ha definido la autoestima como "la evaluación que hace y mantiene constantemente el individuo en relación consigo mismo, expresa una actitud de aprobación o de rechazo e indica el grado en que el individuo se siente capaz, significativo, exitoso y valioso. En suma, la autoestima es un juicio personal que se tiene hacia sí mismo, es una experiencia subjetiva que el individuo comunica a otros por medio de informes verbales y otros comportamientos".

La formación de la autoestima está estrechamente ligada al trato que recibe el niño en el núcleo familiar, dentro del cual, los factores determinantes que se han identificado son la aceptación del niño con sus cualidades y defectos, el respeto hacia el niño y sus intereses, la presencia de límites claros y consistentes en la familia y el apoyo hacia las decisiones del niño para que llegue a conseguir sus metas (Coopersmith, 1967).

Se ha demostrado que las interacciones familiares tienden a ser más críticas y negativas, en los niños con TDAH, y que difícilmente los padres llevan a cabo un manejo conductual apropiado al lidiar con el niño. El niño con este desorden, comparte las frustraciones de sus progenitores, los constantes reclamos y castigos, así como posibles comparaciones con otros niños, lo cual tiene un efecto significativo en su autoestima, aunado a sentimientos de culpabilidad e incompetencia. Las interacciones entre una madre y el niño con TDAH, exigen de ella un significativo desgaste físico y/o emocional. Generalmente, son las madres quienes tienen que lidiar con las actividades rutinarias del día, por lo que presentan una infinidad de quejas, que no siempre son comprendidas y apoyadas por el esposo (Pini, 2001).

Coopersmith (1976), encontró que madres con hijos con autoestima alta tienden a clasificarse a sí mismas más alto en su autoestima, y son emocionalmente más estables que las madres de sujetos de autoestima baja, confían más en sus actitudes y acciones sobre la maternidad, siendo más capaces de aceptar su rol de madres de forma realista y eficiente, son más amorosas y tienen relaciones estrechas con sus hijos. Lo que parece ser diferente en la autoestima del hombre, alrededor de la cual los hijos intervienen de otra forma para lograr su autoestima.

Al comprender que la autoestima se encuentra relacionada con la satisfacción y los logros de los niños se decidió investigar sobre este tema, con el fin de contribuir al estudio en nuestro país sobre las peculiaridades de la autoestima en las madres de los niños con déficit de atención e hiperactividad y la autoestima de sus hijos, y así mismo proponer la estructuración de proyectos de orientación e intervención Psicológica, ya que como lo refiere Verduzco (1989) los niños con trastornos de atención que tienen un apoyo adecuado en el área emocional, tienen menos dificultades para enfrentarse a sus problemas y para integrarse a las actividades de sus compañeros.

El presente estudio incluye una revisión en la cual se refieren los antecedentes sobre la autoestima mediante la exposición de varias definiciones. Como se realizó una investigación con base en el estudio de la mujer y su hijo fue necesario exponer la autoestima cubriendo las fuentes importantes en las cuales esta interactúa. Por otro lado lo referente al niño con déficit de atención e hiperactividad, sus antecedentes, prevalencia, etiología, semiología, factores para el diagnóstico, diagnóstico diferencial, pronóstico, tratamiento y prevención.

Finalmente se presenta la metodología que se llevó a cabo para hacer posible la investigación. También se analizan los resultados y se plantean las conclusiones así como las limitaciones que se presentaron a lo largo de la investigación y se exponen algunas sugerencias. Posteriormente se plantea la plática de orientación a padres con respecto al tema.

CAPÍTULO I

DEFINICIONES DE AUTOESTIMA

La autoestima es un tema sobre el cual se discute con frecuencia en el contexto clínico, ya sea como una explicación o como una consecuencia de un desorden, y por lo mismo este término ha acarreado un gran número de definiciones discrepantes, en las que cada una refleja el punto de vista teórico del autor (Verduzco 1992).

La autoestima se relaciona estrechamente con el autoconcepto o self, puesto que se puede decir que toda persona tiene un conjunto de cogniciones y sentimientos hacia sí mismo que es lo que constituye el concepto personal, autoconcepto o autoimagen (Vite, 1986). El concepto de sí mismo (self) se define como las actitudes, los sentimientos, y las percepciones de una persona hacia sí misma, es la suma total de todo aquello que el individuo puede llamar propio (James citado en Vite 1986, y Bee, 1987).

Con respecto al self, Curtis (1950), Diggory (1966), Wells y Marwell (1976) sugieren que no sea usado como nombre para describir una entidad psicológica o estructura, sino como un calificativo que implica una actividad reflexiva o proceso, (pensamientos, sentimientos o acciones), en donde el agente y objeto del comportamiento son la misma persona, producto de la experiencia (más que un fenómeno objetivo), y una estructura generalmente adquirida.

Al respecto Gómez (1981), señala que la autoestima es el resultado de la internalización de las normas y valores del grupo social y del adecuado desempeño ante las mismas, adquirida a través de las relaciones interpersonales, que refleja de alguna manera la actitud que los demás tienen ante el sujeto, de lo cual el individuo abstrae un concepto de sí mismo y presenta una actitud valorativa. Es decir se forma a partir de los comentarios (comunicación verbal) y actitudes (comunicación no verbal) de los demás hacia uno (Martínez 1995), por lo que es un proceso psicológico cuyos contenidos se encuentran socialmente determinados (Newcomb 1950, Gómez 1981). Pero Rodríguez (1988), López y Domínguez (1993), refieren que la autoestima es la síntesis del autoconocimiento, el autoconcepto, la autoevaluación, la autoaceptación y el autorespeto. Si una persona se conoce y está consciente de sus cambios, crea su propia escala de valores y desarrolla sus capacidades, y si se acepta y respeta, tendrá autoestima. Por el contrario si una persona no se conoce tiene un concepto pobre de sí misma, no se acepta ni respeta entonces no tendrá autoestima.

Para Ronald y col. (1973) la autoestima es la síntesis de mi observación de mi mismo y de mi visión que los otros tienen de mi. Estas visiones que los otros tienen de mi no necesitan ser aceptadas pasivamente, pero no puedo ignorarlas al desarrollar mi sentido acerca de quién soy. Pues aún cuando rechace la visión de otro sobre mí, la incorporo rechazada, como parte de mi autoidentidad. Esto lleva a considerar que la identidad tiene un origen netamente social, pero es retomada individualmente en cada persona (Satir 1992).

Però para Coopersmith (1975), y Dinkmeyer (citado en Herdnick, 1990) es la evaluación que el individuo hace, y constantemente mantiene en relación a sí mismo; expresa una actitud de aprobación o de rechazo e indica el grado en el cual el individuo se siente capaz, con respecto a la capacidad y valor de sí mismo y que lleva al individuo a elegir ideales (normas y grados de realización) de acuerdo con el estudio que él mismo ha hecho de sus cualidades. Esta selectividad le permite lograr sus objetivos personales, considerarse él mismo suficientemente bueno, y sostener una opinión favorable de sí mismo, con base en su autoimagen y en la conciencia de los valores de su sociedad (Rosenberg 1982, Ramirez 1993, y Solis 1997).

Según Buss (1980) esta evaluación tiene dos tipos de juicios propios, uno temporal y otro duradero. La evaluación propia temporal se refiere a comportamientos en situaciones particulares. El otro tipo de evaluación, es el que se refiere como autoestima y prueba actitudes en referencia más íntima con el yo, y representa los residuos de las experiencias más fundamentales de la vida: el afecto de otros y las propias realizaciones. Por otra parte Salas (1995), enfatiza que la autoestima expresa la relación en la que un individuo ha establecido sus capacidades, sus logros, imagen corporal, su familia, amigos, indicando el valor que tienen para él, y en base a esto, dependerá su capacidad de lograr tanto su felicidad y la de quienes le rodean. Es decir consiste en la confianza del individuo en su capacidad de pensar y afrontar los desafíos de la vida, confianza en su derecho de ser feliz, sentimiento de ser digno, de merecer y de gozar de los frutos de sus esfuerzos, la autoestima es la predisposición a experimentar como componente para afrontar los desafíos de la vida y como merecedor de la felicidad, lo que significa que cualquier persona, sea cual sea su actividad en las dimensiones de su mundo (laboral, emocional, etc.) debe sentir que se desempeña adecuadamente en ella, lo que le brindará bienestar y seguridad personal, evaluándose como exitoso y valioso (Martínez 1980, Baudillo 1986, Pick 1989, Braden 1993, y Kubli, 1993).

Resumiendo el término autoestima ha sido definido por varios autores, existiendo diferencias entre una definición y otra, sin embargo, en lo que todos están de acuerdo es que es algo con lo que nacen todos los individuos, que la necesitan para poder sobrevivir, la autoestima es básica para el desarrollo normal y sano del ser humano, ya que el no tener una autoestima positiva impide el crecimiento psicológico disminuyendo por consecuencia la resistencia a las adversidades en donde las experiencias tempranas que tiene el niño con la familia, tienen un impacto trascendental en las concepciones del sí mismo. (Sullivan 1953, y Jiménez 1998). El ser humano necesita sentirse capaz de dominar algo del medio ambiente, saberse completamente independiente. (Maslow 1968). Es una necesidad básica que está relacionada con todos los aspectos del sistema del sí mismo. (Epstein 1973 citado en Valencia y Vargas 1990). Esta además es la satisfacción personal del individuo consigo mismo, la eficacia de su propio funcionamiento y la evaluativa actitud de aprobación que él siente hacia sí mismo (Satir 1986, López y Domínguez 1993, Oñate citado en Tovar 1996).

CAPÍTULO 2

AUTOESTIMA EN LA MUJER

2.1. - AUTOESTIMA COMO MUJER

Tradicionalmente, la vía más importante para que la mujer obtenga autoestima es a través de relaciones afectivas. El ser querida por otros por su amistad y empatía, es meta principal de la mujer. Para una mujer rechazada por amigos y seres queridos, el descenso en su autoestima es desastroso. Las mujeres que no pueden encontrar un sustituto en sus relaciones, deben restablecer las viejas relaciones afectivas o desarrollar nuevas (Moreno, 1994).

Borbolla (1977), menciona que el papel de la mujer a través de su historia se ha centrado en la familia principalmente, sus actividades y su existencia, se han definido en términos de su papel familiar, como hija, esposa y más tarde como madre.

Como esposa, la mujer se encuentra completamente subordinada al mando. Por una parte se encarga de realizar el trabajo doméstico, el cual no es valorado, ya que sus resultados no se aprecian. La mujer se debe esmerar en atender a su esposo. En las zonas rurales, no es raro encontrar mujeres que ayudan a sus mandos en las labores del campo. El hombre se adjudica un derecho absoluto sobre su esposa, considerada como objeto de su propiedad, disponiendo de ella sexualmente cuando lo desee, sin importar la voluntad de ella, maltratarla e incluso serle infiel, sin tolerar la infidelidad en ella.

Como madre, tiene total y absoluta responsabilidad de la vida de sus hijos tanto en el aspecto físico como en el afectivo e intelectual. En algunas regiones donde la emigración del mando es constante, tiene ella la responsabilidad económica, así como también debido a los frecuentes problemas de alcoholismo o abandono del padre.

Como hija, se encuentra dispuesta a repetir el rol materno, completamente sometida a los hombres de la casa y en desventaja en todos sentidos con respecto a sus hermanos varones (Galván, 1992).

Es interesante hacer notar que en las zonas en donde la mujer es jefa de familia por ausencia del padre, o bien en los casos de madres solteras no existe una positiva autovaloración de las mujeres, sino, por el contrario, la autoestima es tan dependiente del hombre que sienten que son rechazadas y ellas mismas se consideran seres de segunda (Moreno, 1994).

La mujer ha sufrido cambios importantes en su persona y aunque aún es difícil y grande el camino por recorrer para llegar a una situación donde la mujer se sienta mejor con ella misma y lo que produce, las alternativas y oportunidades que están presentes, teniendo cada día mayor acceso a ellas en la medida en que se prepare espiritual y profesionalmente, lo que requiere sin ninguna duda un cambio cultural (Moreno, 1994).

Lo anterior se relaciona con lo que Vite (1986), menciona en el sentido de que hay que cambiar lo que se dice de la mujer en cuanto que no tiene capacidad para tomar decisiones, pero esto se debe a que es muy variado el campo de exigencias, llegando a tener que elegir uno de los distintos papeles que desempeña, solucionándolos por medio de voluntad, inteligencia y buen juicio.

En el caso de la mujer, su papel ha sido encasillado en el de mujer sumisa, dedicada al hogar y al cuidado de los hijos y del esposo. De manera tradicional, la sociedad apoya y valora el desempeño de cada uno de estos roles, sin embargo, la mujer que llega a desarrollarse profesionalmente es afectada por sentimientos ambivalentes que la hacen cuestionarse si la decisión de laborar fuera del hogar no le dará la aceptación por parte de la sociedad ya que las demandas de estos roles tradicionales, esposa, madre y ama de casa, no siempre son compatibles con otros roles (Reyes, 1981 citado por García y García, 1985).

De lo anterior, Vite (1986), comenta que la mujer casada sigue siendo objeto de crítica, por una parte, cuando se queda en casa al cuidado de los hijos se le atribuyen todos los traumas de estos, y por otra, cuando sale a trabajar fuera del hogar, puede ser una causa de que se genere la desintegración familiar.

Al respecto, Castillo y Maldonado (1996), refiere que la variedad de roles que la mujer ejerce a lo largo de su vida, no deberían de causar conflicto en sí misma, sino por el contrario, esto debería de crear amplias posibilidades de vivir una vida con el apoyo de la sociedad. Si la elección es el hogar, valorar el trabajo que ahí se hace o si lo es fuera del mismo, igualmente valorarlo. "Lo fundamental en cualquier trabajo que desempeñe, la mujer es la satisfacción interior que le produce y que proyectará en cuantos le rodean", por lo que es importante y necesario legitimar a nivel social, el valor de dichos roles.

2.2.- AUTOESTIMA COMO MADRE

Culturalmente, la maternidad ha sido venerada y la mujer condicionada a ser madre como cumplimiento de su feminidad, la consecuencia de este hecho facilita a elevar el deseo de la mujer a ser madre, y es sin duda, ella misma quien ha tenido que enfrentarse a asumir una conducta estereotipada impuesta por la sociedad al aceptar un rol que en ocasiones es incompatible con sus necesidades y expectativas de desarrollo (Zamora, 1999).

La llegada de un bebé es un acontecimiento que tradicionalmente se celebra en todas las sociedades del mundo. La alegría se expresa enviando flores, regalos, repartiendo puros, brindando o bailando, el significado de este acontecimiento es la culminación exitosa del proceso de reproducción con resultados positivos tanto en términos de sobrevivencia como de bienestar para la madre, el niño y la familia (Gutiérrez, 1994).

En este sentido, la maternidad es la relación de la madre y del hijo que comienza con la concepción y se va extendiendo a través del periodo de la preñez, el nacimiento, la alimentación y la asistencia (Beauvoir, 1981).

Lagarde (1997), menciona que la maternidad es el medio por el cual la mujer crea y cuida durante toda su vida a los otros y que cada experiencia que vive y tiene una mujer son definitorias en su feminidad. Al ser el pivote que actúa en la esfera de la reproducción social, encuentra en este nivel su ubicación social primaria. Los lazos familiares y de parentesco son de crucial importancia para la vida de la mujer, ya que como la producción está apartada del hogar, la reproducción se ha convertido en un rasgo que delimita y define a las actividades femeninas y de la mujer en sí. Asimismo, refiere a Kollontai (1972), quién alude que "es característico ver que la maternidad ha sido siempre considerada como el último refugio de la felicidad de la mujer"

A pesar de ello, las motivaciones maternas son casi siempre confusas o contradictorias, debiéndose en gran parte a la manera de vivir de cada mujer, la cual puede ser en pareja, familia o grupo, estas motivaciones resultan aún más confusas cuando no se sabe exactamente el motivo por el cual se ejerce la maternidad, es decir, si no se sabe si el ser madre es un hecho que se da bajo las presiones del mismo acontecimiento o si es un medio para satisfacer una necesidad de identidad, seguridad o de reconocimiento social (Zamora, 1999).

Cabe destacar que es la madre la clave de la reproducción social y cultural, pues es quien contribuye directamente en la formación de los demás, y es quien contribuye la aprobación del modo de vida que de acuerdo con las condiciones sociales que se esperan (Lagarde, 1997). En este sentido Videla (1990), alude que el niño que nace en la sociedad occidental es cuidado y atendido básicamente por la madre, quien se ocupa además, de la transmisión y recepción de la cultura, ideología y de la manera de enseñar cómo relacionarse con los demás.

Ibarrola (1978), señala que a la mujer se le imponen tres funciones principales: procreación, cuidado de los niños y reproducción.

Chodorow, (1984), hace referencia a la maternidad femenina, se visualiza como un hecho natural. Los hechos naturales no tienen interés teórico alguno para los sociólogos y no necesitan de ninguna explicación. Sin embargo, es muy grande la amplitud de la conducta humana que no está determinada instintivamente sino que está mediatizada culturalmente.

Por otro lado, Heffner (1980), especifica que los sentimientos positivos que la mujer siente en la maternidad no son innatos, sino simplemente un manejo de la sociedad como parte de la explotación de la mujer, quien siente que esos sentimientos son sinónimo de debilidad.

Loreto (1961), refiere que la mexicana tiene un temperamento maternal, que para sentirse satisfecha sólo desea cumplir su misión de madre y de esta manera justifica su existencia, está llena de amor por los hijos, en quienes se proyecta (citado en Vite, 1986).

Si la mujer se ve diferente, de la madre que quería ser a la madre que realmente es, surge un sentimiento de haber fracasado con sus hijos y consigo misma. Muchas madres sienten que no son capaces de desempeñar este rol y crece la culpabilidad pues piensan que pueden ocasionar un gran daño a su hijo. Por supuesto que las madres en un principio se sienten incapaces pues también es una profesión, solamente que aquí nadie las entrena para ello y también es cierto que por esto hay madres que siguen dándole un alto valor a lo que están haciendo aunque nadie más se los reconozca. Además la sociedad en general le da un significado muy especial a esta condición, ya que por medio de la maternidad la mujer participa en la construcción de la sociedad (Moreno, 1994).

Hasta ahora solamente se ha especificado el papel de la maternidad desde un punto de vista social, mas es importante referirse a él dinámicamente.

Chodorow, (1984), hace una revisión general de lo que significa la maternidad para algunos psicoanalistas, sus ideas más importantes son las siguientes:

Refiere que el bebé es por completo, dependiente a nivel fisiológico y psicológico y las facultades adaptativas de su yo carecen de desarrollo, donde la madre constituye "un medio aprovisionador total". No solamente se cubren las necesidades fisiológicas, sino que la madre y sus cuidados resultan cruciales para que el bebé desarrolle su capacidad eventual de manejar la angustia y de controlar sus instintos. La madre está obligada a saber cuándo y cómo empezar a permitir que el niño se diferencie de ella, a permitir que las capacidades adaptativas propias del bebé empiecen a asumir algunas funciones, despertando comúnmente algunas ambivalencias de él respecto a ella y de forma involuntaria surge un rechazo. La madre debe ser sensible en cada etapa por lo que el niño necesite y sobre todo para conocer estas necesidades como la de separación, confrontándose la madre con un dilema o se vuelve sobreprotectora o cae en la "deprivación maternal".

Winnicott (1958,1965) describe que la madre en este cuidado de las necesidades funciona como "yo auxiliar" del niño, viviéndola como una "continuidad existencial" si es exitoso este yo, pero si no se sentirá amenazado obstaculizando el desarrollo. La falta de "holding" o sostén, provoca una alteración, y se crea como una cáscara a expensas de la cual crece el individuo mientras el "núcleo", el verdadero "self", permanece oculto (citado en Bleichmar y Leberman, 1989).

Chodorow, (1986) además menciona que para Winnicott la maternidad es una "situación extraordinaria". Las madres obtienen satisfacción y cumplen las expectativas del rol maternal a un nivel fundamentalmente distinto de experiencia, distinto al de cualquier otro tipo de relación humana. La relación entre ambos (madre e hijo), los gratifica, el buen ejercicio maternal se efectúa gracias a la empatía, la identificación primaria y experimentando al bebé como continuo con el self propio y no como separado.

Chodorow menciona a Mahler describiendo su dinámica de la regresión maternal y las identificaciones e interacciones que conlleva. La madre se identifica con su propia madre e intenta ofrecer cuidado nutricio a su niño. Al mismo tiempo vuelve a experimentarse como niña maternalmente cuidada, de este modo comparte con su niño la posesión de una buena madre. La madre, puede atender las más tempranas necesidades del bebé, pero después retirarse y sentirse rechazada y actuar de modo frustrante cuando su hijo da señales de independencia o comportarse totalmente a la inversa, pues depende de sus propios recuerdos y asociaciones infantiles.

Por otro lado, Videla (1990), expone que "el pecho es la más temprana forma de conexión humana. Hay actitudes y funciones en la mujer imposibles de vivenciar para un hombre, como es retener a su hijo en el interior del útero, empujarlo hacia fuera, abrazarlo protegiéndolo, capturarlo dentro de su cuerpo, dar el pecho, etc. Estos aspectos femeninos son actitudes activas de ella, que permiten el placer de sí misma".

De acuerdo con Erickson (1956), la madre es la que juega el papel inicial importante en la formación de la autoestima y poco a poco van interviniendo otras figuras que rodean al menor incluyendo a los integrantes de la familia, escuela, vecinos, etc.

Coopersmith (1976), encontró que madres con hijos con autoestima alta tienden a clasificarse a sí mismas más alto en su autoestima, y son emocionalmente más estables que las madres de sujetos de autoestima baja, confían más en sus actitudes y acciones sobre la maternidad, siendo más capaces de aceptar su rol de madres de forma realista y eficiente, son más amorosas y tienen relaciones estrechas con sus hijos. Lo que parece ser diferente en la autoestima del hombre, alrededor de la cual los hijos intervienen de otra forma para lograr su autoestima.

Por otro lado Campbell en 1975 (citado en Campbell y cols; 1982), encontró que los niños con TDAH iniciaron más interacciones con su mamá al trabajar en la consumación de una tarea. Hablaban más con ellas y requerían de mayor ayuda. En resumen, los niños hiperactivos parecían requerir de mayor atención, hablar más y buscar más asesoría con sus madres durante sus interacciones, que los niños control. Las madres les daban más sugerencias, aprobaciones, desaprobaciones y direcciones sobre el control de sus impulsos. Es decir, las madres de los niños con el TDAH, tuvieron que controlar más la conducta de sus hijos e incitarlos más al autocontrol, que las madres del grupo control.

Barkley (1995), en investigaciones encontró que los niños con TDAH, eran más demandantes, negativos, propensos a dejar inconclusa la actividad o trabajo y menos capaces de seguir las instrucciones de sus madres. Ellas daban más órdenes, fueron también más negativas y en ocasiones menos receptivas en sus interacciones.

Campbell 1975 y Barkley 1995 (citados en Pini, 2001), refieren que las interacciones entre una madre y el niño con TDAH, exigen de ella un significativo desgaste físico y/o emocional. Generalmente, son las madres quienes tienen que lidiar con las actividades rutinarias del día (prepararlo para la escuela, ayudarlo en tareas, etc.); por lo que presentan una infinidad de quejas, que no siempre son comprendidas y apoyadas por el esposo. Por lo contrario, se le reconoce a ella como culpable en su rol de progenitora, lo cual le provoca sentimientos vanados, tales como : depresión, enojo, frustración, etc.; afectándose así su salud emocional.

2.3.- AUTOESTIMA COMO HIJA .

La mujer desde su nacimiento vive en relación con personas que funcionan como estereotipos de la tipología familiar, así su relación con sus progenitores estará enmarcada en una comunicación hija-padres, los cuales casi nunca serán vistos como personas con una vida que rebase las funciones del símbolo paternal que social y psicológicamente representa (Moreno, 1994).

El reforzamiento de los símbolos estereotipados familiares, obstaculizan o anulan las posibilidades de desarrollo de la personalidad de todos los seres inmersos en la familia, considerando cada uno de ellos como "natural" la diversidad de roles, asumiendo acriticamente el que les sea asignado. Los juegos infantiles marcan de alguna forma la configuración de la familia en la mujer, la que recibe una lista interminable de prohibiciones tendientes a crearle temor a la investigación y al mundo exterior a la familia (Moreno, 1994).

Ibarrola (1978), menciona que "se insiste gradualmente en transformarla en un elemento decorativo, bonito, femenino creado de esta manera en ella desde temprano, la convicción de que ha nacido para agradar por medio del sexo y no para actuar por medio del trabajo. La escala de valores de la que ha sido provista y a la que adhiere, le da un convencimiento de que su promoción social sólo puede provenir del empleo de sus características y rasgos sexuales".

Buss (1980), propone un modelo de la autoestima donde en general, todo mundo tiene un centro de "auto-estimación" que no depende de afecto común o de realizaciones. Superpuesto a este centro está una autoestima periférica la cual, aunque estable, fluctúa con los eventos importantes de la vida. El núcleo se origina en factores constitucionales y amor parental incondicional, mientras que el área periférica, varía según el afecto y los logros de largo alcance, siendo la fase de intensa vanidad del amor entre un hombre y una mujer, donde hay un aumento enorme de autoestima, pues es un restablecimiento del amor incondicional en lugar de los padres. Por último, otra fuente de autoestima es el afecto de una persona con hijos propios, la cual ya ha sido mencionado en el apartado anterior.

CAPÍTULO 3

AUTOESTIMA EN EL NIÑO

3.1.- INFLUENCIA DEL ENTORNO FAMILIAR EN LA AUTOESTIMA DEL NIÑO

La familia tiene gran importancia en el desarrollo y crecimiento de cualquier niño. Suele ser importante por ser el núcleo donde surgen las bases del desarrollo psíquico que habrá de reflejarse en el comportamiento del menor ante cualquier situación. Existe un gran número de variables psicológicas, sociales y educacionales en la familia que afectan de manera relevante el desarrollo de la autoestima infantil (Moreno, 1994).

Para que exista un desarrollo integral y armonioso en el individuo, es necesario aceptar el papel que a cada uno le corresponde dentro de la familia, ello es posible cuando los padres cuentan con una actitud positiva y responsable para la educación y convivencia diaria con sus hijos (Becerril, 1997).

Solo cuando los niños tienen relaciones sociales satisfactorias dentro de su familia, pueden gozar plenamente las relaciones sociales con personas del exterior, desarrollar actitudes sanas hacia la gente y aprender a funcionar con éxito en el grupo de coetáneos. Los atributos de la aptitud competente, la dependencia, la afiliación, el dominio de sí mismo y la confianza en sí mismo, son propiciados por los ambientes hogareños, en que el afecto y cuidados están presentes continuamente, y en los que se moldean, estimulan y recompensan las acciones independientes. En el contexto del hogar en que se atienden las necesidades de la cranza, lo padres que combinan elevadas exigencias de madurez y normas de conducta claramente definidas con la comunicación abierta y con explicaciones de la madurez, la conducta competente y la responsabilidad social (Mussen, Conger, Kagan, 1985).

El niño aprende a vivir en el seno de la familia, en ella además de encontrar la satisfacción de sus necesidades de afecto, abrigo y alimentación, encuentra respuestas, valores y metas. Cuando nace, encuentra ya preparado el escenario cultural y social en el que ha de vivir: normas, ideas, hábitos, técnicas, así como formas de organización social que le pertenecen que son el producto acumulado de la experiencia humana y que habrán de sobrevivirle (Castro, 1999).

Son los padres quiénes deben participar en forma activa y directa para dotar al hijo de elementos afectivos necesarios, para su adecuado desarrollo integral, antes de que por sí mismo él busque las mejores opciones de expresión como individuo en la sociedad. Por ello es indispensable que los padres adquieran conocimientos y habilidades que les permitan optimizar sus funciones y de esta manera apoyar el desarrollo integral de sus hijos (Castro, 1999).

La familia , como entidad de soporte y protección para el niño cumple varias funciones: (Castro, 1999).

- 1.- Provee de alimento, abnigo y otras necesidades matenales así como seguridad y cuidados ante los peligros externos, función que realiza al amparo de condiciones de unidad y cooperación social.
- 2.- Mantiene la unión social que es la matriz de los lazos afectivos de las relaciones familiares.
- 3.- Brinda oportunidades para desplegar la identidad personal ligada a la identidad familiar: este vínculo de identidad proporciona la integrdad y fuerzas psíquicas para enfrentar experiencias nuevas.
- 4.- Cuida el moldeamiento de los roles sexuales, hecho que prepara el camino para la maduración y la realización afectiva.
- 5.- Proporciona prácticas para integrarse en roles sociales y aceptar la responsabilidad social.
- 6.- Fomenta el aprendizaje y apoya la creatividad e iniciativa individuales.

Es por ello que al querer cumplir con los puntos anteriores, la familia perciba que ninguna área en la educación de los hijos genera tanta incertidumbre y dificultades para los padres como la disciplina. La autoridad es mal utilizada cuando se convierte en una imposición arbitrana del poder y la influencia de los padres para moldear al hijo del modo que les parece más adecuado. Sin embargo, en una definición más objetiva podría decirse que es "un gusto para disciplinar, determinar cariñosa y firmemente las expectativas y límites hacia los hijos cuando se considera provechoso enseñarle responsabilidad y autodisciplina, ejercitar una autoridad segura, implica darse cuenta de que un aspecto del buen desempeño de la función del padre se vincula con el ejercicio de su voluntad sobre su hijo tomando en cuenta el punto de vista del niño"(Guaren 1989).

Los estudios de Baumrin, (1971, 1993), Hoffman, (1994), señalan la necesidad de que los padres asuman con responsabilidad su papel de educadores, mediante la aplicación de métodos disciplinarios basados en el razonamiento lógico y el respeto mutuo entre padres e hijos , con apego a las normas que rigen la sociedad en la que se desenvuelven, ya que ello depende el futuro comportamiento del niño, así como el grado de seguridad en sí mismos que les permita lograr la autorealización.

Estilos de autoridad:

Para delimitar las relaciones familiares y particularmente el tipo de autoridad que ejerce el padre respecto a su hijo, Sarton (citado por Mansilla 1990) señaló los siguientes estilos:

1.- Relación autoritaria: en ella establece una relación unidireccional, es decir, es el padre quien plantea las órdenes a los hijos e incluso a la madre, y ellos han de ejecutarlas. En este caso, la madre participa como mediadora. Por un lado recibe, al igual que los hijos, órdenes del padre, pero participa también autoritariamente, en segundo término, cuando llega a acusar ante el padre, al hijo que ha cometido alguna falta.

2.- Relación democrática: en esta situación la característica principal parece residir en la oportunidad de participación que tienen los hijos en algunas decisiones dentro del grupo familiar. Al parecer, este es el mejor sistema de relación para tratar a los hijos porque sus aportaciones son consideradas como opciones y por la importancia que se da a los problemas que los hijos exponen. Bajo este método, se manifiestan relaciones amistosas y de camaradería, tanto entre los hermanos, como entre los padres e hijos.

3.- Relación libre: En este tipo de sistemas los padres que tienen una concepción de la autoridad y la familia muy diferente a lo prevaleciente en otros sistemas. Se permite al hijo hacer todo aquello que a voluntad desee (Laissez-Faire), no existen normas, reglas o condición alguna por cumplirse, tiende a fomentar el desarrollo del libre criterio para hacer o dejar de hacer algo.

4.- Relación ambivalente: Aquí no existe propiamente una manera específica que rija los principios educacionales en la familia. De la misma manera que pueden ser los padres democráticos con sus hijos, también suelen ser autoritarios y a veces, incluso selectivos hacia algún hijo en particular. En esta relación, la autoridad no se interpreta como tal, sino como un estado de ánimo de los padres.

El desarrollo de la autoestima según Coopermith, está estrechamente ligado a cómo el niño es tratado en su núcleo familiar y no a aspectos como la inteligencia, el nivel socioeconómico etc. (Verduzco y Lara 1989). También asegura que la etapa clave para el desarrollo de la autoestima está en la infancia, en el seno familiar. En esta etapa los niños comienzan a adquirir conceptos como si son tontos o listos, buenos o malos, si son capaces o no, etc. forman imágenes de sí mismos lo que les gusta de su persona o lo que no les gusta, todo esto basado en la manera en que son tratados por los otros que son significativos para ellos (Coopersmith 1967, citado en Verduzco y Lara 1989).

Coopersmith (1981) refiere que un niño es capaz de interpretar el trato que recibe por parte de otras personas, se siente rechazado cuando es ignorado por periodos largos, castigado de una manera física severa e inapreciado por lo que ha hecho o contribuido. Según Morris y cols (1964), para el niño hasta los tres años, la opinión que tiene de sí mismo es muy similar a la que sus padres tienen de él.

Parece haber tres condiciones principales que están asociadas con el desarrollo de sentimientos positivos en el niño según Brookover y cols (1984), Coopersmith (1981) y Baumrind (1967). La principal condición es la ACEPTACION del niño tal como es, con sus capacidades, limitaciones, fuerzas y debilidades. Esa aceptación es expresada por medio del interés por el niño, preocupación por su bienestar, interés en sus actividades de desarrollo y apoyo en épocas de estrés.

La aceptación también es expresada por un reconocimiento de sus debilidades y dificultades y ayudándole a entender que en ese momento de su vida solo puede hacer lo que hace y ser determinada persona. Tal aceptación es el reconocimiento de que existen ciertas realidades que son parte del niño y que por el momento no puede ser otra persona de la que es. Esa aceptación no quiere decir que el padre o las personas aprueben las conductas del niño, pero significa que pueden verlo sin confundir sus propios sentimientos o su insatisfacción por el deseo de cambiarlo. Sin esta aceptación previa el niño no es percibido como lo que es sino como alguien a quien se desea que se parezca y no puede verse con su fuerza y sus limitaciones. Sin tal aceptación no tiene la suficiente fuerza para tratar nuevas formas de comportamiento. Finalmente, debe de negar muchas partes de sí mismo que le pueden causar dificultad y que pueden ser confrontadas si las quiere cambiar. La aceptación se indica por los sentimientos expresados al niño cuando se está con él. La aceptación por parte de los demás es una condición básica para aceptarse uno mismo (Coopersmith 1981).

La segunda condición asociada con sentimientos de autoestima son los LÍMITES. Los límites son importantes para el niño porque le proporciona una guía clara, estándares y expectativas por medio de los cuales puede determinar si está actuando de una manera exitosa de acuerdo a las reglas de tales situaciones. Sin ellos no hay forma de saber si está actuando de manera aceptable. Los límites indican lo que está prohibido y lo que es visto como indeseable; los estándares indican el comportamiento que es fomentado y el nivel aceptable de ejecución. Sin límites el niño no está seguro hacia qué estándares se dirige y si está progresando; con límites puede tomar decisiones y reconocer las recompensas y castigos que va a tener. Parece ser que los niños interpretan los límites como indicadores de interés y preocupación hacia ellos, los utilizan para definir estándares y peligros, pelean contra ellos para explorar y afirmarse, y los internalizan como guías para conducirse (Coopersmith 1981).

La tercera condición para formar la autoestima es el TRATO RESPETUOSO. Permite el cuestionamiento, las diferencias de opinión y la privacidad y reconoce las necesidades individuales únicas y el estilo del niño. La evidencia de la investigación indica que las condiciones para fomentar la autoestima en los niños requiere de una cierta dirección autoritaria y el liderazgo de los adultos según Baurnd (1967) y Coopersmith (1981).

El mismo autor menciona también que existe una relación directa entre los padres y los hijos. Alude que un padre con autoestima baja es una persona débil y pasiva, que se anticipa al rechazo y escatima el amor y la atención hacia su hijo, lo que trae como consecuencia que los hijos se enfrenten a la vida con inseguridad en sí mismos. De manera contraria, las personas con autoestima elevada, se acercan a las personas con expectativas de éxito, son personas que aceptan opiniones y manifiestan confianza en sus relaciones mostrando una mayor independencia social.

Un análisis sobre la relación entre reportes de autoestima de niños, con reportes sobre estilos de crianza de sus madres, concluyó que la aceptación y respeto en acciones individuales de los niños por sus madres son dos antecedentes valiosos de autoestima alta (Coopersmith, 1967)

También Coopersmith (1974), propone un programa de acción educativa sobre el autoconcepto, cifrándolo en tres elementos:

- A) Aceptación del niño, confianza y posibilidades de elección.
- B) Delimitación clara de directrices y autoridad, siendo la mejor forma para conseguir que este objetivo surta efectos positivos, un planteamiento de la acción democrática y no autoritaria del educador.
- C) En situaciones difíciles se necesitan ciertas directrices para superarlas con éxito. Este proceso comprende tres aspectos:

1. Facilitar al niño una perspectiva optimista.
2. Señalarle caminos adecuados para el éxito
3. Dejar en las manos de los niños la responsabilidad de su propio desarrollo.

En cuanto a los resultados obtenidos con los padres, Coopersmith (1967), encontró que en general los niños que se tienen en alto aprecio suelen tener padres que también se tuvieron en alto aprecio. Tendieron también a ser más estables emocionalmente, más confiados en sus propios recursos, más animados, eficaces en sus actitudes y acciones respecto del cuidado de los niños. Las interacciones entre ellos y sus hijos propendieron a estar caracterizadas por una mayor desenvoltura y compatibilidad, las definiciones de las zonas de autoridad y responsabilidad de cada padre fueron más claras. Aunque estos padres tendieron a esperar mucho de sus hijos, también les proporcionaron modelos sanos y dieron a los niños aliento y apoyo consistente.

Las madres de los niños que tenían un elevado concepto de sí mismos aceptaron a sus hijos y, tendieron a expresar su aceptación mediante manifestaciones específicas, cotidianas, de interés, afecto e íntima relación, así como vigilaban el cumplimiento de las reglas establecidas cuidadosamente y consistentemente utilizando el estímulo en vez del castigo.

En contraste los padres de los niños que no se tienen mucho aprecio, tendieron a ser menos estables emocionalmente, inseguros e inconsistentes en cuanto al cuidado de sus hijos, había una falta de orientación paternal y un trato relativamente duro e irrespetuoso con sus hijos. Aparentemente, estos padres o bien no sabían cómo establecer y hacer cumplir normas para sus niños, o bien no les preocupaba hacerlo.

Igualmente, las madres de los niños con una baja autoestima solieron mostrarse retraídas respecto a sus hijos y por causa de su falta de atención de su descuido, son propensas a producir un medio físico emocional e intelectualmente empobrecido. En ocasiones menosprecian a sus hijos y los tratan como si fuesen una carga para ellas, sus respuestas emocionales oscilaron entre la hostilidad y la indiferencia.

En sus estudios, Coopersmith llegó a la conclusión de que los factores cruciales que fomentan la autoestima, parecen ser la conducta de los padres y las consecuencias de las reglas y reglamentos que los padres establecen para sus hijos. El mantenimiento de límites da al niño una sensación de que las normas son reales y significativas, contribuye a la autodefinition y aumenta la probabilidad de que el niño crea que se puede alcanzar un sentido de la realidad.

Cooper (1983) señala que del tipo de familia y sus relaciones esperadas dependerá el desarrollo de la autoestima de los hijos. Estableciendo los siguientes tipos de familias y su relación según la percepción de los menores:

- Ψ Familias con gran vínculo de cohesión entre los padres, donde los hijos las perciben y se perciben dentro de ellas y muy próximos, tanto a los padres como a los hermanos.
- Ψ Una familia con uno de los padres muy unido, donde los niños también perciben a este único padre de la familia como muy próximo y unido.
- Ψ El modelo de familia con miembros aislados, donde los hijos se perciben como aislados o solos en la familia.
- Ψ La familia dividida donde los hijos perciben división entre sus padres y pueden aproximarse o vincularse simpatizando bien con el padre o bien con la madre.
- Ψ La familia de coalición, donde los hijos perciben algún tipo de división familiar, separándose por una parte el grupo cohesivo de los padres y por otra el de los hijos.

En los primeros modelos el hijo percibe unidad y proximidad dentro de la familia experimentando aceptación y apoyo de los otros significativos. Este ambiente se espera que esté asociado con una alta autoestima y adaptación familiar.

En el tercer tipo de familia el niño se percibe aislado de todos los miembros de la familia, experimenta rechazo y de esta manera se espera que afecte también a su autoestima y adaptación familiar de manera negativa.

En las dos últimas tipologías familiares, el niño que está próximo a algunos miembros pero no a otros tendrá niveles intermedios de autoestima y adaptación familiar.

Braden (1993), refiere que en la mayoría de los casos los padres crean importantes obstáculos para el crecimiento de la autoestima de su hijo cuando:

- ↳ Transmiten que el niño no es suficiente
- ↳ Lo castigan por aceptar sentimientos inaceptables
- ↳ Lo ridiculizan o humillan
- ↳ Transmiten que sus pensamientos o sentimientos no tienen valor o importancia
- ↳ Intentan controlarlo mediante la vergüenza o la culpa
- ↳ Lo sobreprotegen y en consecuencia obstaculizan su normal aprendizaje y creciente confianza en sí mismo.
- ↳ Educan al niño sin ninguna norma o con normas contradictorias, confusas, indiscutibles y opresivas.
- ↳ Niegan la percepción de su realidad alentándola dudar de su mente.
- ↳ Tratan hechos evidentes como irreales, alterando el sentido de racionalidad del niño.
- ↳ Aterrorizan al niño con violencia física o con amenazas inculcando temor permanente.
- ↳ Tratan a un niño como objeto sexual.
- ↳ Le enseñan que es malvado, indigno o pecador por naturaleza.

Purkey (1970 citado por Oñate), señala seis factores importantes para favorecer la autoestima:

1. Competencia. - Se ha demostrado que las expectativas personales elevadas y un alto grado de competencia por parte de padres y educadores, poseen efectos positivos sobre el niño. Debe atenderse a que la tarea planteada suponga la suficiente dificultad como para ofrecer interés al niño, pero no tanta como para llevar irremisiblemente al fracaso.

2. Libertad.- Para que pueda darse un buen desarrollo del autoconcepto, deben propiciarse ambientes de suficiente libertad de elección, de modo que el sujeto pueda llevar a cabo decisiones significativas para sí mismo, incluso con la libertad de cometer errores.

3. Respeto .- Lo que más necesita el niño es que el padre o educador le considere como alguien importante, valioso, capaz de rendir en las tareas personales.

4. Afecto .- Se sabe que la situación de aprendizaje psicológicamente sana y acogedora estimula a los niños a rendir más y desarrollar sentimientos de dignidad personal.

5. Control.- La orientación personal y académica claramente definida, establecida y relativamente firme (no permisiva en exceso), produce un mejor autoconcepto en los niños. No obstante, el control no implica ni el ridículo ni la amenaza.

6. Éxito .- El educador en general, y concretamente el padre, debe proporcionar una atmósfera de éxito más que de fracaso, puesto que ya se sabe que los autoconceptos cambian después de experiencias de éxito o de fracaso. La continua conciencia de fracaso reduce las expectativas y no favorece en ningún modo el aprendizaje ni el desarrollo personal.

Otros factores especiales que inciden negativamente en la autoestima, según MacKay y Fanning (1991), pueden ser reglas y deberes inflexibles que se manejan en la familia, el perfeccionismo, una extrema vulnerabilidad a la crítica y la falta de afirmación de sí mismo.

Por su parte, Adler (1927, refendo por Ramírez 1993), menciona que existen tres condiciones que anteceden a una influencia negativa en el desarrollo de la autoestima:

- Inferioridades orgánicas y diferencias en tamaño y fuerza.
- Poca aceptación, apoyo y aliento por parte de los padres y amigos.
- Efectos destructivos de la indulgencia exagerada, dada por cuidados excesivos de parte de los padres.

Fundamentalmente la familia hace dos cosas: asegura la supervivencia física y constituye lo esencialmente humano del hombre. La matriz para el desarrollo de estas cualidades humanas, es la experiencia familiar de estar juntos. La confianza mutua y la comunicación eficaz entre los miembros de la pareja madre-padre son requisitos importantes, a los que se agrega el apoyo al rol y la autoestima en los periodos en que se pierde la confianza (Bateson, citado por Esparza 1990).

Castro (1999), refiere que la familia tiene gran importancia en el desarrollo emocional de cualquier ser humano, pues ella es la que provee de afecto, valores, normas, sustento y a veces sentimientos negativos en el niño. Además proporciona las bases para el futuro y genera seguridad e interés para seguir mejorando o adaptándose a los cambios culturales que se van generando.

Según Mandelbaum (citado en Morrocks, 1984), la familia proporciona una estructura dentro de la cual el niño puede encontrar raíces, continuidad y un sentimiento de pertenencia. Murlock (1980), expresa que el clima hogareño se refiere a la atmósfera psicológica del hogar, y ésta tiene un efecto notable sobre la adaptación personal y social.

Morrocks (1984) menciona las siguientes circunstancias que condicionan una pérdida de autoconfianza y de respeto por sí mismo:

- a) La actitud sobreprotectora de un padre ansioso le transmite al niño el sentimiento de que se encuentra incapacitado para controlar el mundo.
- b) Cuando los padres exageran y distorsionan los logros de los niños, cuando lo colocan dentro de un rol superior y tienen expectativas elevadas de él. Este sufre una autoderogación pues descubre que la imagen que tienen sus padres de él es falsa, y al medirse con sus estándares excesivos y fantásticos, secretamente comienza a sentirse devaluado.
- c) Cuando un padre está muy ansioso porque el niño haga algo bien, y es excesivamente crítico con él, este llega a creer que no puede hacer nada de manera efectiva.
- d) Las constantes negativas a las peticiones infantiles crean en él, el sentimiento de que es una persona fundamentalmente mala, porque las cosas que él desea están prohibidas, por lo que han de ser malas.
- e) El tratarlo sin entenderlo, sin comprensión ni respeto, crean en él la idea de que simplemente no tiene importancia como persona en un mundo de adultos. Siente que no es digno de ser tomado en cuenta y que no tiene valor. El niño necesita tanto sentir que tiene unos "buenos padres", que tenazmente se adhiere a una mala autoimagen, antes que culparlos por su evidente falta de comprensión y egoísmo.

En todas las culturas, la familia imprime a sus miembros un sentimiento de identidad. En los procesos precoces de socialización, las familias moldean y programan la conducta del niño y el sentido de la identidad. Este se encuentra influido por su sentido de pertenencia a una familia específica. (Minuchin 1986).

Isaacs (citado por Jiménez 1994) menciona que el niño alcanza su máxima estabilidad emocional cuando ambos padres participan indistintamente en su educación, ya que la participación de solo uno de ellos (exclusiva o excesiva), traería el riesgo de fomentar un desarrollo unilateral, así declara: "Lo que el niño necesita son padres que vivan en armonía, que trabajen en cosas distintas, pero participando de ellas recíprocamente, que no le escatimen ayuda y le difundan sus cualidades especiales"

Satir (1978) describe en cuanto a la apertura al cambio en las familias, dos clases de sistemas: cerrado y abierto. En los sistemas abiertos, la autoestima es primordial y el poder y la conducta se relacionan con ella. Las acciones son el resultado de la realidad, los cambios son bienvenidos y se consideran normales y deseables. En los sistemas cerrados, la autoestima es secundaria al poder y a la conducta, las acciones están sujetas a los deseos de la autoridad familiar y hay resistencias al cambio. La autora afirma que los ingredientes más importantes de una familia, son la autoestima, la comunicación, el sistema y las reglas o normas.

Spitzer (citado en Chayo y Durán, 1986), dice que un individuo puede tener autoestima solamente en términos de una identidad o conjunto de identidades, este conjunto de identidades se forma en el seno familiar y se refiere a la identidad familiar. Thomas W. Miller (citado en Chayo y Durán, 1986), expone que en el campo perceptual infantil sirve como unidad social primaria.

Ackerman (1971) señala que la familia es como una unidad de intercambios y que generalmente los padres son los primeros en dar. Esta actitud de dar comprende además de las necesidades biológicas, las emocionales, las que los padres como fuente de estima y seguridad ofrecen a sus hijos.

Corkille (1997) dice que el grado de correspondencia cálida que brindemos al niño habrá de construir los cimientos de la visión positiva del futuro.

Bajo este contexto, la actitud parental, en el desarrollo de la autoestima del niño, es de gran importancia, los juicios de los padres resultan determinantes para el menor y la autoestima dependerá del amor que reciba (Rogers, 1972 citado en Vinocur, 1995).

Dentro de esta estructura familiar, los padres actúan como agentes socializadores ya que proveen objetivos y valores de los cuales el niño obtendrá pautas de conducta, las que constituyen la base para la interacción con los demás, a su vez las pautas conductuales producen reacciones verbales o no verbales por parte de otras figuras significativas. Estas respuestas le sirven al niño como indicador para saber quién es él y como lo perciben las personas con las que convive (Rendón 1993).

Cuando los niños sienten que les ponen atención, que los toman en cuenta seriamente y que se preocupan por ellos, su autoestima es alta. Con amor y apoyo, cualquier persona puede sentirse valorada y especial (Rodríguez, 1988 citado en Martínez, 1995). De aquí que toda persona, tiene una opinión sobre sí misma, esta opinión constituye el autoconcepto o ideas referentes al valor personal (Martínez 1995).

Bringas (1987), refiere que la autoestima elevada, está en estrecha relación con las relaciones afectuosas y respetables entre los padres y los hijos y, de modo contrario, el reflejo de una autoestima baja proviene del rechazo, dominación y castigo.

Todos los padres desean que sus hijos desarrollen confianza en sí mismos porque saben que de esta manera podrán adaptarse mejor a las vicisitudes del medio, no obstante, en ocasiones ellos no se dan cuenta de que algunas de sus actitudes, conductas y manera de comunicarse con sus hijos les provoca miedo, culpa, inseguridad y ansiedad que afectan la autoestima de los niños y limitan su aprendizaje y desarrollo (Castro, 1999).

La salud mental de los miembros de la familia depende de la actitud que tanto el padre como la madre tienen entre sí hacia los hijos. Se ha demostrado que la actitud materna es definitiva para un adecuado desarrollo emocional, su ternura, le ofrece al niño una extensa gama de experiencias vitales y su actitud afectiva determina la calidad de la experiencia misma (Spitz, 1986).

La desorganización y la inseguridad de los padres produce hijos inmaduros, sin autocontrol, sin autoconfianza y con autoestima baja (Baumnd, 1969). La aprobación parental y la comunicación afectiva con los hijos aumenta su autoestima (Adams, 1980). Es decir el afecto parental combinado con una firme disciplina, es necesario para producir una autoestima alta. (Coopersmith, 1967).

Se ha demostrado que las interacciones familiares tienden a ser más críticas y negativas, en los niños con TDAM. Además existen muchas evidencias de que los padres y hermanos del niño con el trastorno, son más propensos a experimentar problemas psiquiátricos o psicológicos, que las familias típicas. Existe cerca del 40% de posibilidades de que uno de los padres del niño con la problemática tenga el mismo trastorno (Barkley, 1995).

El niño con este trastorno, comparte las frustraciones de sus progenitores, los constantes reclamos y castigos que recibe por su conducta; así como posibles comparaciones con respecto a sus hermanos, lo cual tiene un efecto significativo en su autoestima, aunado a sentimientos de culpabilidad e incompetencia (Pini, 2001).

Las relaciones del niño que presenta trastornos de hiperactividad e inatención con sus hermanos parece diferir con respecto a otras familias. Este niño discute más, juega más bruscamente, grita más y presenta con frecuencia conductas inadecuadas, por consiguiente, el conflicto con sus hermanos tiende a ser mayor que lo habitual (Fini, 2001).

El Psicólogo Taylor (1990), señaló que los niños hiperactivos pueden desintegrar emocionalmente a una familia, debido a la incapacidad que presentan para satisfacer las demandas y expectativas de sus padres, hermanos, etc. Las conductas del niño que tiene este trastorno son muy diferentes a las del resto de la familia, creándose frecuentemente una situación conflictiva. Investigaciones del Dr. Barkley (1972, citado en Barkley, 1995) han demostrado que las familias de niños hiperactivos son más propensas al divorcio. El Dr. Arnold (1978), observó que los problemas del niño con TDAH, no solamente representan un desgaste financiero y emocional en la familia, sino también un desgaste familiar en cuanto al tiempo, energía y salud mental.

Cuando los progenitores empiezan a reconocer que su hijo es diferente, tienden a formularse dos ideas: una es que se perciben normales con un hijo "malo" o "dañado" y otra es que perciben al niño como normal y a ellos como padres incompetentes. Ambos extremos son nocivos e impiden un manejo adecuado del niño con TDAH. La primera idea conduce al enojo y resentimiento y la segunda a la culpa (Goldstein y Goldstein, 1992). Finalmente, los padres terminan por adoptar una estrategia de evasión, como resultado a sus constantes fracasos al intentar que el niño se comporte adecuadamente en actividades grupales o sociales. Así es como muchos padres, eligen el aislamiento y segregación como medida de evitar futuros problemas. No obstante, ésta es una decisión negativa, que afectará, en primera instancia a los hermanos, quienes tendrán resentimiento hacia el niño con el trastorno, al verse aislados de su comunidad en general.

Los padres deben tener presente que el día de un niño con TDAH es crítico. Debe enfrentar las demandas de sus padres y profesores, completar una serie de actividades y el conflicto que se crea en torno asimismo o a su entorno social, que generalmente es inevitable.

Si el padre carece de la ayuda profesional, puede agudizar el conflicto familiar. Generalmente, se da el siguiente círculo vicioso en las familias con niños que presentan TDAH (Barkley, 1995).

- Los padres perciben al niño con conductas destructivas, difíciles de manejar y controlan y comparan sus casos con los demás, en donde no existe esta problemática.
- Esas percepciones afectan la manera de reaccionar de los padres, ante la conducta del niño, mostrando castigos e irritabilidad.

- El niño recibe menos reforzamiento que otros niños.
- La actitud del niño puede agravarse, presentando rebeldía, por consiguiente incrementando el conflicto.
- Lo anterior quizá refuerce la percepción de los padres, en cuanto a que el niño es un problema difícil de manejar o controlar.

Barkley (1995), encontró que el estrés generado en los padres, así como otros problemas emocionales, tiene un efecto nocivo, provocando familias disfuncionales. Cuando el niño con TDAH experimenta frustración y fracasos, los padres también están frustrados tratando de entender o ayudar al niño.

En resumen, tenemos que los padres no cuentan, generalmente con técnicas y estrategias para un manejo del niño con TDAH, por lo cual, experimentan sentimientos de frustración, enojo, culpabilidad, estrés, etc. Esto indudablemente repercutirá en la dinámica familiar, creándose situaciones antagónicas y conflictivas entre los miembros de la familia. Todo lo anterior, se reflejará en el niño, intensificando su sintomatología (Pini, 2001).

3.2.- INFLUENCIA DEL ENTORNO SOCIAL EN LA AUTOESTIMA DEL NIÑO

Tal área se encarga de evaluar la autoestima a nivel social, es decir con los amigos, vecinos y relaciones que se establecen con personas ajenas a la familia. Es necesario referirse al entorno social del niño de una forma global, empezando por analizar su relación con su medio familiar: la familia nuclear compuesta de padres y hermanos; el macrogrupo familiar por los abuelos, tíos, primos, sobrinos, que tienen también importancia en el desarrollo del niño. Al menor lo rodea otra sociedad inmediata, ya que vive en un pueblo, un barrio o una determinada zona de la ciudad, y además asiste a la escuela. En definitiva, existe una sociedad que le envuelve y que él vive de forma distinta a como lo hace el adulto. Al niño le afecta lo que sucede cerca de él aunque le es difícil establecer qué importancia puede tener para su vida, su realidad y su seguridad (Ardila, 1985).

La socialización se refiere al aprendizaje de los modos de conducta aceptados y aprobados. Cuando un niño ha sido socializado ha aprendido a comportarse de acuerdo con ciertas formas normales (ajustadas a determinadas normas) de conducta, que son características del grupo en que ha sido criado. Estos modos normales de conducta son conocidos con el nombre de normas sociales. Esta socialización tiene lugar primordialmente en las relaciones íntimas cara a cara, dentro de la familia (Rendón 1993).

Horrocks (1984), y Rosenberg (1972) concuerdan en que el origen y desarrollo subsecuente de la autoestima surge en gran medida de la interacción entre la personalidad del niño y sus experiencias sociales. Los factores sociales determinan los autovalores del individuo, y éstos influyen sobre la autoestima. La persona se valora a sí misma, tomando como referencia ciertos criterios, los cuales se derivan de las condiciones históricas particulares de la sociedad y el énfasis característico del grupo. Las conductas sociales resultantes de la autoestima tienen influencia sobre el desarrollo de la personalidad y la efectividad social. La aceptación de sí mismo y la aceptación social están muy combinadas. El comportamiento de un individuo en situaciones sociales se correlaciona, por lo menos hasta cierto punto, con su nivel de autoestima. Rosenberg (1962) sugiere que lo que hace la persona es imaginar la apariencia que de él perciben otros, y siente orgullo o mortificación sobre la base de esos sentimientos asumidos.

El grupo de pares ejerce una influencia importante sobre la autoestima de los niños, el cual es un factor muy importante para determinar el desarrollo de la personalidad. Incluso antes de que los niños sepan por qué los aceptan o rechazan las personas, sienten cuales son sus opiniones y lo que significan sus relaciones (Hurlock, 1982).

Para Coopermith (1981) los compañeros juegan un rol en el desarrollo de la autoestima. Influyen a través de las actividades sociales informales y los juegos en los cuales se seleccionan a compañeros de juego, se invita a los compañeros, se siguen a algunos jóvenes y se ignora o otros.

En un estudio Coopersmith (1967) encontró notables diferencias en las conductas sociales de los niños que diferían en su autoestima. Los niños que tenían una elevada idea de sí mismos, se acercaban a las tareas y a las personas con expectativas de que serían bien recibidos y de que tendrían éxito, tenían confianza en sus percepciones, en sus juicios y creían que podrían sacar un buen partido de sus esfuerzos. La actitud favorable respecto de sí mismos, los lleva a aceptar sus propias opiniones, a dar crédito y a tener confianza en sus reacciones y conclusiones.

Piaget (1984), menciona que el niño solamente a través de la conformación de su propia identidad, de su autoestima y de su retroalimentación cultural, adquiere la confianza básica que después manifestará como miembro de un grupo.

De lo anterior se concluye que el abandono o el rechazo extremo de parte de la sociedad provocan daños graves en las futuras relaciones interpersonales, autoestima y conductas posteriores del niño.

En la edad preescolar, el juego es una actividad cotidiana que ayuda a establecer las bases para un normal desarrollo social, sin embargo, el preescolar con TDAH, debido a su inatención e impulsividad, puede privarse de esas interacciones y así estar en desventaja, al no lograr experimentar los pasos o fases necesarias para un desarrollo social asertivo (Pini 2001).

Los padres y profesores reportan que los problemas sociales de los niños con el trastorno, incluye aspectos como peleas, interrupciones y actitudes negativas que molestan a los demás. La mayoría de los niños se impactan rápidamente con la conducta del niño con TDAH, evitando contacto con él. La frustración que provoca el sentirse rechazado por los demás, con frecuencia, ocasiona un incremento de agresividad, o bien un marcado y negativo aislamiento social (Pini, 2001).

Los doctores Milich y Pelham (1986), señalaron que los niños que exhiben inatención, hiperactividad e impulsividad, se caracterizan además, por manifestar problemas en sus interacciones sociales. Ellos carecen de habilidades en el área social que les permitan relacionarse satisfactoriamente (ejemplo incapacidad para iniciar una conversación).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En situaciones sociales, estos niños se caracterizan por expresar cambios frecuentes en la conversación, no escuchar a los demás, interrumpir conversaciones, mostrar excesiva energía motora, no seguir instrucciones o normas establecidas (Pini, 2001).

Este niño no es capaz de hacer frente a la frustración que le provoca el rechazo social, es por esto, que tiende a responder con agresividad, a efecto de lograr cierto control hacia los demás niños. Esto indudablemente se convierte en un círculo vicioso, es decir, en ocasiones es rechazado por su agresividad y al mismo tiempo puede ser violento o rebelde al sentirse rechazado (Pini 2001).

Dorotea y Sheila en 1992, (Citado en Barkley, 1995), comentan que las opiniones de los demás causan un fuerte impacto en la autoestima del niño con TDAH. Una baja autoestima, es un obstáculo más, para que él tenga oportunidades para desarrollar y practicar las habilidades sociales. También presentan dificultad para adaptarse a nuevas situaciones, esto causado fundamentalmente por su inatención. Es decir, requieren de un gran esfuerzo para adecuarse a una situación específica, como por ejemplo; a una nueva escuela, salón de clases, un lugar dentro del salón, a un maestro, a sus compañeros, etc.

Estudios anteriores han encontrado que la agresividad es un rasgo característico en estos niños. No se sabe si este patrón conductual es hereditario, o adquirido debido a los métodos inapropiados utilizados por los padres y profesores, o bien, una combinación de ambos (Goldstein y Goldstein, 1992). No obstante, existen niños con TDAH que no presentan agresividad, ellos están en ventaja, ya que tienen mayores oportunidades, tanto de responder a tratamientos como para pronosticar una mejoría en las relaciones sociales cuando sean adultos.

Los niños con TDAH a menudo, muestran poco interés en participar en actividades extracurriculares, que involucren grupos o equipos. Las razones de esto, es su inhabilidad para controlar su impulsividad, para esperar turnos, enfocar su atención a las actividades. No obstante, estos niños pueden tener éxito, en actividades extracurriculares individuales. El niño con TDAH, presenta tiempos específicos, en que fijan su atención en forma sorprendente (Pini, 2001).

Ayudar al niño a hacer y conservar amistades es un proceso que demanda de un trabajo interdisciplinario. Mientras que la intervención profesional, es un componente básico en el programa, los padres tienen muchas oportunidades de interactuar con el niño, por lo cual juegan un relevante papel. Los padres comúnmente, funcionan como facilitadores cuando siguen el pie de la letra, las habilidades aprendidas y las recomendaciones (Godstein y Godstein, 1992).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.3.- INFLUENCIA DEL ENTORNO ESCOLAR EN LA AUTOESTIMA DEL NIÑO

En la segunda infancia, aunque la familia continúa jugando un papel importante en el desarrollo del niño, la escuela aparece como una contribución significativa para su crecimiento. No sólo proporciona una atmósfera adecuada para el desarrollo de las habilidades cognoscitivas y académicas; también constituye el marco en el que los grupos de la misma edad ejercen influencia sobre la socialización (Faw, 1981).

La escuela como agente socializador, también tiene gran peso en el desarrollo de la autoestima, como lo mencionan Pilar (1989) y Gnnberg (1991), (citado en Tovar 1996), quienes consideran que cuando el niño asiste a la escuela, es influido por los maestros, compañeros de clase e incluso por el mismo ambiente social, por lo que su reacción ante esta influencia y la valorización de éstos provocará que se generen nuevos estándares de autoestima.

Enkson (1963), señala que los niños obtienen su primera experiencia con la vida fuera del hogar, al ingresar a la escuela. En clase, prueban por vez primera lo que va a ser una parte muy importante de sus vidas: dedicarse a tareas y habilidades determinadas que son, más que la mera expresión en el juego de modalidades de los órganos o el placer de la función de los miembros. Es decir, los niños aprenden que necesitan trabajar y obtener reconocimiento produciendo cosas.

Es precisamente en la etapa que Enkson denomina Labonosidad contra inferonidad, en la que emerge el concepto de sí mismo. Esto es, cuando el niño tiene éxito en sus esfuerzos escolares tendrá un sentido de labonosidad. El niño que no tiene éxito en la escuela, que no tiene confianza en ser capaz de hacer las cosas con y, al lado de los demás y que no logra un puesto en el grupo de los de su edad, tendrá un sentimiento de incapacidad e inferonidad.

Cuando los niños entran a la escuela, la influencia de los compañeros es por lo común mayor que la del maestro, o la de la familia. La influencia poderosa del grupo de coetáneos durante la infancia procede, en parte, del deseo del niño de ser aceptado por el grupo, y en parte debido a que pasa más tiempo con este grupo (Hurlock, 1982).

Si las opiniones de los demás son favorables, los niños pensarán positivamente sobre sí mismos y si son desfavorables, llegarán a sentir desagrado por sí mismos y a rechazarse. Puesto que el deseo de aceptación y aprobación social es especialmente fuerte durante los últimos años de la niñez, la influencia de coetáneos es más firme en ésta edad (Hurlock, 1982).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En las experiencias escolares, el niño aprende cómo es visto y tratado de acuerdo a sus habilidades o a los resultados que obtiene, formando de esa manera una nueva e importante parte de su autoimagen. La imagen que el niño se forma de sí mismo, el autoconcepto o la autoimagen es la imagen que carga como guía para sus acciones y así espera ser aceptado. Esta autoimagen es el contenido de sus percepciones y opiniones, su autoestima representa las actitudes, valores y la evaluación que él hace de su autoimagen (Verduzco 1992).

Estamos en una sociedad donde el éxito, depende en cierta medida del éxito escolar. El entorno social comunica al niño, por procedimientos muy diversos, la importancia y valor de su actividad escolar. Existe toda una serie de muestras de aprobación o rechazo, de amenazas o premios, que padres y educadores manifiestan en relación con los progresos rápidos o lentos de los alumnos (Rendón 1993).

El entrar a la escuela pone al niño ante una serie de exigencias y obligaciones que se añaden a las familiares, ya que ingresará a un ambiente desconocido en un grupo social en el que será igual a sus compañeros y bajo la autoridad del maestro, que lo tratará como a un alumno más. Es decir la escuela le anticipa, una serie de exigencias que el entorno social le demandará. En la escuela el niño tiene que desplazar parte de sus afectos, es decir de los hermanos hacia los compañeros, de los padres hacia los profesores o líderes, tiene que acomodar asimismo sus intereses tanto a las exigencias de los programas como a las del grupo. Evidentemente parte de los conflictos pasan de la sociedad familiar a la escolar (Rendón 1993).

Comienza a ser alumno e intenta salir del anonimato para manejar el ambiente en beneficio de sus exigencias personales. Ha de sustituir sus juegos cargados de riqueza expresiva y de significado emocional por realizaciones escolares arduas y repetitivas, cuyo fin es el de manejar automatismos o determinadas adquisiciones instrumentales, tales como la lectura, escritura o cálculo (Martínez, 1987).

Tendrá que aceptar restricciones de todo tipo, las motrices y las verbales principalmente. Se limita la libertad de movimientos, substituyendo el movimiento físico por la acción mental, por la atención y concentración en el trabajo, el movimiento tendrá que disciplinarse bajo los imperativos de exigencias externas (Rendón 1993).

En el plano verbal, será preciso saber esperar, dialogar, evitar el ruido y las voces, expresarse con corrección, tener en cuenta las leyes de la lógica y atenerse a sus prescripciones. La escuela refleja rasgos importantes de la personalidad infantil, es reveladora de facetas claves que indican su estado de madurez (Martínez, 1987).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En el transcurso de la vida escolar los alumnos desarrollan sentimientos de valoración y devaloración de su personalidad en relación con el aprovechamiento. El conflicto de la devaloración se genera en los alumnos que han tenido sucesivos fracasos escolares, ya que sea por haber reprobado algunas materias o por tener que repetir algún ciclo escolar (Rendón 1993).

El rendimiento escolar es uno de los indicadores más sobrevalorados por los padres a la hora de juzgar el comportamiento de sus respectivos hijos. Un descenso en ese rendimiento generará consecuencias de muy variada naturaleza y todas ellas importantes. El niño que repite curso, el que fracasa en la escuela se sentirá responsable de las disputas familiares de sus padres, percibiéndose a sí mismo como el culpable de todo lo negativo que en casa sucede, descenderá su autoestima, formará un autoconcepto negativo, disminuirá su nivel de aspiraciones, renunciará a relacionarse con chicos que obtienen mejores calificaciones que él, inhibirá su comportamiento social y perderá espontaneidad al atribuirse una autoeficiencia muy debilitada (Polano, 1988).

El rendimiento escolar va a estar influenciado por el tipo de relación que haya tenido con sus padres en la niñez, la calidad se proyectará en la resolución de problemas y seguimiento de instrucciones de forma correcta que conlleva al desarrollo intelectual y emocional. La autoestima juega un papel preponderante en cuanto al desempeño académico, es decir, a mayor desempeño académico mayor autoestima. El impacto de la relación de calidad en la familia sobre el desarrollo emocional, social e intelectual explican el aumento de la autoestima y la motivación hacia la escuela. A su vez, las relaciones familiares armoniosas y los logros de sus hijos retroalimentan a los padres sobre su habilidad como padres y tienden a seguir mejorando la calidad de la crianza (Osorio y Sánchez, 1996).

Las expectativas de los padres marcan otra pauta de conducta concerniente al desarrollo óptimo en la escuela, pues la aprobación y entusiasmo que demuestran los padres en el logro de éste, lo refuerza (Becerra 1997).

Cuando se devalúa a un niño enfocándose a sus limitaciones, hace que se defienda contra los miedos y presiones que sus acciones causan. Para defender su autoestima los niños en tales situaciones, retiran su atención e interés, se comportan pasivamente, se aferran a una rutina y la atacan porque les produce estrés, dudas o miedos y pierden su entusiasmo por el aprendizaje en una situación que los penaliza por estar concientes de sus sentimientos (Coopersmith 1981).

Los niños que tienen una alta autoestima están deseosos de aprender, se llevan bien con los demás, están muy motivados y llegan a ser personas de éxito. En cambio a los que les falta autoestima se les dificulta aprender, se sienten inadecuados, compensan estos sentimientos criticando los logros de los demás, se vuelven sensibles, se preocupan de lo que piensen los demás de ellos y están

desmotivados. Cuando se presenta algún problema, culpan a sus compañeros y siempre encuentran excusa para ellos mismos, piensan que van a fracasar en lo que hagan así que rara vez ponen el esfuerzo que se requiere para triunfar, como consecuencia fracasan continuamente llegando a creer realmente que no pueden (Reasoner 1982).

Bizama (1995), engloba la importancia de la escuela y del hogar en el desarrollo de la autoestima. Plantea la importancia de que los alumnos de hoy desarrollen una autoestima positiva, para lo cual, es necesario que se desenvuelvan en un ambiente de cordialidad y afecto permanente, y que el amor y la generosidad sean el centro de toda las vivencias que se les ofrezcan en la escuela y en el hogar.

Durante los años preescolares, las personas más significativas en la vida del niño son sin duda, sus padres, sus compañeros y maestros. Así las actitudes de los padres, paralelamente a sus prácticas de crianza y educación, son aspectos determinantes del desarrollo de la autoestima de los niños (Moreno y Cubero 1990).

Retomando los planteamientos brindados por diversos autores, se podría llegar a estructurar las características del niño con una alta o baja autoestima (Clemmes, Bean y Clark, 1991, Curry y Johnson, 1990, Hamachek, 1981, Lara Cantú, Verduzco, Acevedo y Cortés, 1993, citados en García Valdespino y Vélez, 1995), (citado en Baeza 1997).

PERFIL DEL NIÑO CON ALTA AUTOESTIMA

- Presenta independencia, para elegir y decidir cómo emplear su tiempo, sus pertenencias, sus actividades, etc.
- Busca amigos y entretenimientos por sí mismo.
- Asume sus responsabilidades, pues actúa con presteza y seguridad en sí mismo y sin que haya que pedirle asume la responsabilidad de ciertas tareas o necesidades evidentes.
- Afronta nuevos retos con entusiasmo, es decir le interesan las tareas desconocidas, conocimientos y habilidades nuevas para poder aprender y ponerlas en práctica, se aplica en ello con confianza en sí mismo.
- Demuestra amplitud de sentimientos emociones es decir tiene la capacidad de expresarlos de manera espontánea, sabe reír, sonreír, llorar, gntar y expresar su afecto, en general sabe pasar y sobrellevar distintas emociones sin reprimirse.
- Manifiesta orgullo de sus logros.
- Tolerancia bien la frustración, es decir, es una persona que sabe encarar las frustraciones de distintas maneras, esperando, riéndose de sí mismo, replicando, etc. y es capaz de hablar de lo que le entristece.

- Se siente capaz de influir en los otros, tiene confianza en las impresiones y el efecto que produce sobre los demás miembros de la familia, sobre los amigos, e incluso, sobre las personas con autoridad (profesores, director, etc.).
- Establece sus propias metas.
- Establece un buen contacto en los juegos con los demás niños.

PERFIL DEL NIÑO CON BAJA AUTOESTIMA.

- Desmerece su talento, pues es una persona que se dice no puedo hacer esto o aquello, no se cómo se hace, no puedo aprender nunca.
- Siente que los demás no lo valoran, es decir, se siente inseguro, manifiesta una actitud hipercrítica hacia sí mismo, la cual tiene la función de desviar la atención de sus propias limitaciones.
- Es una persona muy influenciable por los demás, con tendencia a cambiar de ideas y comportamientos con mucha frecuencia, o cuando la demás gente se lo pide, le manipulan otras personalidades más fuertes. Asimismo espera que se le diga lo que tiene que hacer para quedar libre de la responsabilidad que implica su conducta.
- Se siente impotente, pues sus actitudes y actos están impregnados de falta de, seguridad o incluso de ineptitud.
- Encara nuevos retos y dificultades sin convencimiento alguno de poder superarlos.
- Manifiesta la tendencia de dejar que los demás decidan por él lo que debe o no hacer.
- Tiene pobreza de emociones, es decir, es un niño que presenta tendencias a conductas de aislamiento, vergüenza y timidez.
- Elude situaciones que le provocan ansiedad y por lo tanto manifiesta sentimientos negativos hacia la competencia.
- Presenta escasa tolerancia ante las situaciones que le provocan angustia, temor, ira o sensación de caos.
- Es una persona que se pone a la defensiva y se frustra con facilidad, es decir, se siente incapaz de aceptar, las críticas o las demandas inesperadas, y pone excusas para justificar su comportamiento.
- Manifiesta la necesidad de perfección para conseguir la aprobación externa.
- Responsabiliza a los otros de sus errores y muy rara vez admite poseerlos, y la mayoría de las veces, le atribuye a la mala suerte sus debilidades.
- Evita el contacto con otros niños.
- Se ajusta con dificultad a los cambios.

Ya que existen tantos factores poderosos que influyen en el desarrollo de la autoestima, los profesores no deben creer que pueden modificar por completo la forma en que el niño se ve a sí mismo. Sin embargo, existen numerosos estudios de investigación, citados por Coopersmith, (1975) Heraty, (1984); y Yawkey, (1980), que mantienen que los profesores pueden establecer normas en sus clases, que ayudarán a edificar la autoestima del niño y que pueden evitar el empleo de prácticas que puedan tener efectos secundarios (Hendrick, 1990).

Dentro de las prácticas comunes que existen en la escuela que pueden reducir la autoestima, se encuentran:

- * La utilización de comparaciones y la competitividad, para motivar conductas deseables.
- * La ayuda excesiva y la sobreprotección a los niños.
- * Juzgar a los niños en su presencia (Hendrick, 1990).

En concordancia con esto, Oñate (1989), señala que, serían factores contraindicados para la conformación de la autoestima: la sobreprotección, la supresión de emociones parentales, los conflictos familiares, la inducción de falsas identidades, la permisividad. Por el contrario, el calor familiar, el establecimiento de límites claramente definidos y el trato respetuoso favorecen la formación adecuada de la autoestima.

Algunos psicopedagogos y psicólogos consideran a la escuela como un test donde el niño expresa su grado de adaptación a la realidad. Las adaptaciones que el niño ha de realizar para insertarse en el medio escolar son importantes (Martinez, 1986).

Así como existen diversos enfoques pedagógicos, Alice Miller (1980), se refiere a la educación con las siguientes palabras: "La antigua práctica de la mutilación física, explotación y acoso del niño por el adulto parece haber sido sustituida cada vez más, en los tiempos modernos, por una forma de crueldad espiritual que, además, ha podido ser mitificada tras el benévolo término de educación". La autora menciona que el niño necesita para su desarrollo sano, respeto por parte de los que cuidan de él, y que se le tenga tolerancia hacia sus sentimientos, sensibilidad para entender sus carencias. Para ella, todo niño pequeño necesita, como compañía, a un ser humano empático y no dominante, que le brinde reflejos positivos al niño.

Para Michelle y Craig Borba (1987), crear un ambiente donde los niños aprendan a quererse a sí mismos es el mayor contemporáneo reto educacional. Ellos están fuertemente convencidos que ambos, el crecimiento académico y conductual son el resultado directo de un ambiente en el cual los niños tienen la oportunidad de internalizar imágenes positivas. De hecho, una atmósfera positiva y de mejoramiento constante es esencial para el éxito educacional. Ya que cada niño es un precioso ser humano con gran potencial. Para desarrollarlo, necesita retar sus habilidades y sus límites, escuchar elogios a sus logros sentirse aceptado por las personas con quienes a diario trabajan y aprenden. Los maestros deben ser parte de ese reto y aceptación para que cada niño con los que conviven, desarrollen un concepto de sí mismo positivo.

Las experiencias negativas llevan a algunos niños a concluir que ellos son y serán dignos siempre de poco valor e importancia. Como resultado, no ven el caso de tratar de aprender nuevos conocimientos y habilidades. Pese a los esfuerzos de enfatizar sus cualidades positivas y ayudarlos a desarrollar su potencial, sus autoimágenes negativas limitan su éxito. Aunque estudios revelan que las actitudes positivas pueden cambiar efectivamente la autoimagen negativa infantil con el crecimiento cada vez se vuelve más difícil lograrlo. La educación es, por tanto, una etapa crucial y un tiempo óptimo para el aprendizaje afectivo (Borba, 1987).

El niño necesita ser reconocido como sujeto activo con vida autónoma y propia, todo ello dentro de un marco que fija unos límites y dependencias, pero que actúa como elemento reasegurador. Este marco, en el que interviene de una forma primordial la familia y secundariamente la escuela, no sólo no debe limitar sino que debe brindar salidas a su vida pulsional y modelos para canalizar en forma adecuada el crecimiento. El fracaso del niño conlleva a la presión y a la reacción de los padres, que se hallan también comprometidos afectivamente en la valoración que el niño merece en la escuela. A veces las actitudes perfeccionistas de los padres, los lleva a nunca estar satisfechos y siempre pedir más, confrontando permanentemente al escolar con un ideal que éste considera inalcanzable. La relación está precedida por una decepción permanente salpicada de frecuentes reproches (Martínez, 1988).

El medio escolar puede llegar a ser una realidad intolerable para el niño en la medida en que se sienta anulado, poseído, dirigido, obligado a efectuar renuncias importantes y controlado. Sin embargo, tiene elementos que la hacen menos penosa, e incluso satisfactoria, pues a través de ella, obtiene nuevos reaseguramientos, obtiene estima, experimenta el placer de la actividad bien hecha y del crecimiento. A través de las realizaciones escolares, el niño obtiene aprobación y estima de los adultos. La conversión de las dificultades en éxito le permite alimentar la confianza en sí mismo (Rendón 1993).

En la medida en que la institución escolar puede convertirse en un lugar en el que el niño obtenga éxitos, alimente su mente con nuevos objetos, se sienta orgulloso de sus pensamientos e ideas y se crea en posesión de valiosos conocimientos, se reforzará su sistema defensivo frente a los fracasos. La falta de este sistema defensivo deja al niño en circunstancias muy precarias. Su narcisismo o autoestima se vuelve más fácilmente vulnerable. El temor al fracaso, es decir, a medirse con dificultades concretas y obtener pruebas de la propia insuficiencia, favorece la inhibición intelectual principalmente (Jiménez 1977).

Cuando un niño fracasa en la escuela; una parte de sí mismo, su rol como estudiante que a lo largo de la vida escolar forma una parte importante de su autoconcepto, le puede conducir a experimentar sentimientos de vergüenza y repulsión, con la consiguiente desvalorización de su persona y aumento de su inseguridad. Esta depreciación de sí mismo entra en conflicto con el deseo humano de mantener un nivel óptimo de autoestima que proporciona el impulso necesario para la promoción y el progreso, con suficiente autoconfianza (Rendón 1993).

Franz, afirma que la repetición de una materia reprobada no logra el efecto deseado en el aprendizaje del alumno sino que contribuye a estigmatizarlo como un "mal alumno", siendo que la experiencia repetida del propio fracaso escolar repercute en la valoración que el individuo hace de sí mismo, en el sentimiento de confianza para lograr el éxito, así como en la motivación para el trabajo (citado en Rendón 1993).

Las actitudes de autovaloración o de autodesvalorización dependen de las apreciaciones que del niño hagan sus maestros. Muchos profesores actúan como agentes de selectividad; persuaden a sus alumnos de que son unos incapaces. El poder de muchos maestros es la nota, la clasificación, la evaluación, son los medios "objetivos" de los que dispone el maestro para expresar su valoración con respecto al trabajo del niño. Más arriesgados son los medios subjetivos, como los juicios, las reflexiones, las impacencias, la irritación, el abandono, etc. (Corbella, 1984).

La escuela usualmente representa el mayor de los retos para el niño con TDAH. En ella requieren permanecer sentados y fijar su atención durante periodos prolongados de tiempo, a efecto de obtener un buen aprovechamiento escolar y así cumplir con las normas de conducta estipuladas. Es por ello que la escuela representa un proceso difícil para el niño. Principalmente si se cuenta con aulas saturadas y maestros que utilizan solamente el método tradicional. Generalmente las escuelas tanto públicas como privadas, carecen de programas específicos dirigidos al niño con TDAH, y peor aún, existe un desconocimiento del tema. Un considerable número de niños con TDAH, tienen un coeficiente intelectual incluso superior al término medio, esto enfatiza aún más la necesidad de adaptar programas a las necesidades de estos niños (Pini, 2001).

Goldstein y Goldstein (1992), rechazan enérgicamente la idea de que el niño con este trastorno conductual asista a escuelas de educación especial. Opina que con una adecuada combinación de intervención médica y psicológica pueden y deben ser educados en escuelas regulares, de lo contrario perderán oportunidades para explotar a su máximo sus aptitudes y habilidades, limitando así su potencial.

Los padres suelen frustrarse al no tener en las escuelas programas que satisfagan las necesidades del niño con TDAH. Ante las continuas exigencias y quejas de la escuela y el bajo rendimiento académico del niño, los padres en ocasiones optan por enviarlo a escuelas de educación especial. Siendo como ya se mencionó un error, ya que éstas están orientadas a otro tipo de niños, con características diferentes y expectativas distintas. Parece ser que el niño con dicho trastorno se encuentra en el abismo entre una escuela regular, que le exige demasiado sin recibir flexibilidad y ayuda, y una escuela de educación especial, que le limita su desarrollo. En realidad, ellos no necesitan de educación especial, más bien de programas especiales y de un profesor capaz de hacer la diferencia entre una clase ordinaria y una sesión académica especial, la cual beneficiará a todos los alumnos en general.

Según estadísticas (Barkley, 1995), una tercera parte de todos los niños con TDAH, repudian por lo menos un grado, el 35% tienden a no finalizar su instrucción básica y sus logros son significativamente bajos. Más de la mitad presentan problemas de conducta y del 15 al 25% son expulsados.

Aun cuando existen niños con este trastorno que pueden funcionar relativamente bien en un estándar salón de clase, la mayoría de ellos muestran una ejecución inconsistente (Pini, 2001).

Las tareas que exigen un esfuerzo mental sostenido, son experimentadas como desagradables y sensiblemente aversivas. En consecuencia, evitan o muestran un gran disgusto por las actividades que demandan de una dedicación personal y un esfuerzo intelectual, que implican exigencias organizativas, o una notable concentración. Este rechazo se debe a su déficit de atención del niño y no por una actitud negativa primaria, aunque también puede estar implícita una actitud negativa secundaria (DSM-IV).

El TDAH es comúnmente malinterpretado por los profesores, por lo que los niños suelen ser etiquetados como niños conflictivos o bien de lento aprendizaje. Por lo cual, les exigen a los padres una disciplina más rígida al estudiar o hacer tareas con sus hijos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El TDAH constituye una fuente más de obstáculos para el aprendizaje, y tal vez la razón principal para que el profesor llegue a la errónea conclusión de que el niño con TDAH, es en realidad un deficiente mental, siendo que presenta inteligencia "normal" (Pini, 2001). A este respecto Velasco (1976) opina que si tanto el niño que sufre retardo mental como el niño con TDAH son malos estudiantes, el primero se muestra siempre deficiente, mientras que el segundo frecuentemente sorprende con su capacidad de comprensión.

Como resultado de su incapacidad para satisfacer las demandas académicas, el niño con TDAH, genera conductas o problemas secundarios, como son : depresión, enojo, agresividad y/o baja autoestima. La autoestima juega un papel importante en el desarrollo del niño. En la escuela, éste puede verse afectado de diversas maneras. La mayoría de ellas involucra situaciones embarazosas para el niño. Por ejemplo algunos maestros hacen que repitan grado escolar debido a su incapacidad, esto les provoca una baja autoestima al ver que sus compañeros de grupo avanzaron a otro grado, y que ellos aún de haberse esforzado no lo hicieron, además son objetos de burlas, todo esto es un indicador para ellos de su ineptitud (Pini, 2001). Otra forma común de disciplina empleado en las escuelas y que afectan su autoestima, es restringirlos de las actividades físicas (recreo, deportes, etc.). Se ha comprobado que la actividad física ayuda a decrementar la hiperactividad e inatención (Hunter, 1995), por lo cual aparte de avergonzar al niño, esta restricción resulta contraproducente.

Los niños con TDAH tienden a perder interés o aburrirse en sus trabajos, mucho más rápido que los otros niños. Esto les lleva a buscar intencionalmente algo diferente, que les sea interesante, estimulante, aún cuando no hayan finalizado sus tareas o deberes. Algunos científicos han argumentado que estos niños tienen un bajo nivel de madurez cerebral, por eso necesitan de más estimulación para mantener el funcionamiento cerebral en un nivel normal, como el resto de los niños sin TDAH. Otros científicos manifiestan que el valor de las gratificaciones o premios pierde rápido su valor para ellos, es decir son menos susceptibles al reforzamiento (Barkley, 1995).

El niño con TDAH usualmente tienen problemas para el seguimiento de instrucciones, se pierde principalmente si se le da una serie de instrucciones en un solo tiempo, por ejemplo: decirle al niño que se ponga su pijama y se cepille los dientes. El mismo patrón ocurre en la escuela cuando el maestro da al mismo tiempo una serie de instrucciones, para realizar diferentes trabajos (Pini, 2001). Los padres del niño con TDAH reportan que sus hijos presentan dificultad para terminar un trabajo o tarea determinada, generalmente pasan a otra actividad sin finalizar la primera (Steinberg y Umansky, 1994).

No es justo concluir que la mayoría de los niños con este problema, presenten falla escolar por su bajo coeficiente intelectual, más que por su inatención. Deben verse como dos desórdenes separados, con la idea de que no necesariamente uno predice la aparición del otro (Goldstein y Goldstein, 1992), ya que si bien es cierto de que presentan dificultad para lograr una buena ejecución académica, también es válido de que tienen un potencial adecuado para aprender como los demás.

CAPÍTULO 4

RENDIMIENTO ESCOLAR

La capacidad de rendimiento, física y psíquica, se desarrolla a lo largo de la vida en forma de una nueva individualidad con sus máximos y mínimos. Los límites de la capacidad de rendimiento individual son elásticos hacia arriba y hacia abajo. Así mismo la capacidad de rendimiento individual no es rígida, los alumnos pueden superarse a sí mismos, o pueden trabajar por debajo de su nivel normal (Rendón 1993).

Por otro lado, el nivel de aspiración es la predisposición al rendimiento determinada por la autoestimación-autoconfianza. Dicho nivel de aspiración se desplaza ante cada nueva situación de rendimiento. La altura acostumbrada del nivel de aspiración depende de los éxitos o fracasos habidos (Engelmayer, 1964).

De tal forma se aclara la importancia de las vivencias de éxito y fracaso para todo rendimiento. Todo ser humano necesita la confirmación por el éxito. Estas vivencias intensifican la sensación de vivir y aumentan el rendimiento. El individuo no privado de ellas aguanta fracasos ocasionales sin perjuicio para su personalidad, y hasta por el contrario, le sirve de estímulo. Nadie puede trabajar durante mucho tiempo si los fracasos se acumulan (Engelmayer, 1964).

El desenvolvimiento del rendimiento escolar es un proceso de crecimiento que surge y se desarrolla partiendo de comienzos modestos y progresa en forma irregular como todo crecimiento. No se pone en duda que el programa, el método, el maestro y los medios didácticos son factores dinámicos esenciales de crecimiento, pero con frecuencia se observa que a pesar de las mejores condiciones escolares, abundan dificultades, crisis, estancamientos y hasta retrocesos. Muchos indicios señalan que la evolución del rendimiento escolar se halla en estrecha relación con otros procesos evolutivos de la personalidad infantil y en dependencia de ellos (Holt, 1974).

Engelmayer en 1964, explica que la maduración de las funciones de rendimiento se halla en directa relación positiva con la maduración de las funciones orgánicas. La inteligencia, por ejemplo, es un reflejo del crecimiento general al igual que todo el desarrollo de rendimiento, incluso el escolar.

La ansiedad, la inseguridad, la tensión, un sentimiento de inferioridad, un estado de disgusto permanente, la violencia y cualquier punto débil del carácter llegan a integrar la estructura del rendimiento donde se fijan. Muchas veces, una influencia notable presenta un bajo nivel de rendimiento o se transforma de un modo peculiar, en una estructura defectuosa (Rendón 1993).

En tanto se trate del rendimiento escolar se presentará ante todo en la aptitud intelectual (la inteligencia) como factor determinante (Lúzunaga, 1972).

La motivación como se dijo antes, es un elemento funcional imprescindible de los procesos de pensar y aprender, un buen motivo constituye un impulsor para el rendimiento de una fuerza a veces extraordinaria, la falta de motivos es la causa de la indiferencia, y ésta a su vez, es el prejuicio del rendimiento escolar. Las tendencias motivacionales son de índole individual pero también colectiva (Strang, y Crow, 1966).

A continuación se expondrán las definiciones que dan algunos autores sobre rendimiento escolar.

Secada's (1952), proporciona un concepto de rendimiento en base a las condiciones intelectuales y temperamentales al decir que; está determinado no sólo por la dinamicidad del esfuerzo individual, o sea de la aplicación, sino también por los elementos con que el sujeto se haya dotado.

Terwilliger (1971), a su vez, explica que existen cuatro marcos de referencia para determinar el rendimiento de los alumnos: a) respecto a un cnteno; b) al progreso realizado por el alumno en un curso escolar, c) con referencia a los otros alumnos y d) respecto a su propia capacidad.

Para explicar el rendimiento académico dice Gimeno Sacnstán (1975), hay que recurrir a todo un espectro de variables codeterminantes del mismo, algunas hacen referencia al alumno, otros al profesor, otras al medio familiar, al medio social, a la atmósfera del aula y otras muchas son el resultado de interacciones entre las anteriores. Si la interacción social condiciona al rendimiento académico, podemos pensar que esas interacciones fueron aprendidas en una época y es la familia el núcleo primario donde se hacen y se aprenden las primeras interacciones.

García Hoz (1979), por su parte, propone que el problema del rendimiento escolar se resolverá científicamente cuando se halle la relación existente entre el trabajo realizado por el maestro y los alumnos de un lado y la educación, o sea la perfección intelectual y moral logrados por éstos, del otro.

Gilbert de Landsheere, (1985), explica que el rendimiento escolar es un conjunto de actuaciones escolares de una población dada. Actuación escolar: son respuestas proporcionadas por un alumno a los estímulos educativos externos o internos.

Actuación Comportamiento
Rendimiento Resultado del comportamiento

Aguarío (1984) se refiere al rendimiento escolar como el resultado (acopio y análisis obtenido por los alumnos en pruebas de conocimientos). Explica que dicho resultado se obtiene al aplicar unidades precisas y normas objetivas de calificación expresadas en términos numéricos.

El diccionario Enciclopédico de Educación Especial (1985), menciona que al hablar de rendimiento cabe referirse también a la eficacia del sistema escolar en general, o al subsistema de educación especial en particular, ya que el rendimiento del sistema escolar viene dado por la relación existente entre los resultados que se obtienen y los recursos que se ponen a disposición del sistema educativo (presupuestos, material pedagógico, profesorado, etc.).

Aranda y García (1987), mencionan que el rendimiento académico es una medida que intenta describir el grado de acierto y el grado de eficacia que logra un sistema educativo en el empleo de determinados recursos para cumplir con los objetivos de enseñanza previamente establecidos. Para los autores, este rendimiento escolar se evalúa de acuerdo a las calificaciones que obtiene el alumno en cada uno de los objetivos del programa de estudios, tomando en cuenta que dicho rendimiento puede verse afectado por los materiales utilizados para cumplir con los objetivos de enseñanza.

El diccionario de Ciencias de la Educación (1983) menciona que el rendimiento escolar es el resultado de un proceso de aprendizaje, en el cual intervienen tanto el nivel intelectual, como las variables de personalidad (extroversión-introversión, ansiedad, autoestima), y las variables motivacionales (intereses, hábitos de estudio, relación profesor-alumno). Argumenta que para hacer una evaluación del rendimiento, se debe tomar en cuenta si lo que el alumno ha aprendido es solamente objetivo de reproducción, o si reorganiza la información con autonomía y creatividad propia. Además se debe considerar si esta información se aplica a situaciones similares; o bien si el alumno tiende a aplicar este nuevo conocimiento a situaciones nuevas.

Alvés (1985) da la siguiente definición, el rendimiento escolar es el resultado de la enseñanza, que consiste en transformaciones esperadas en el pensamiento, en el lenguaje técnico, en la manera de conducirse y en las actitudes del alumno en relación con las situaciones y problemas que la materia le plantea. También establece que se debe hacer una evaluación cuantitativa a tales transformaciones.

Silvia Baum (1998) considera que el aprovechamiento o rendimiento escolar es el grado de conocimientos y habilidades que reconoce la sociedad, posee un individuo de un determinado nivel educativo. La expresión institucional de ese grado cognoscitivo está en la calificación escolar, asignada al alumno por el profesor.

Para establecer un juicio de valor sobre el rendimiento de un alumno, es necesario que se comparen las calificaciones que éste obtiene, con un criterio o patrón preestablecido. En el caso de que el alumno consiga o supere los objetivos educativos que se han fijado para su edad, se habla de un estudiante con rendimiento escolar alto, bueno, satisfactorio, exitoso o aceptable (Diccionario Enciclopédico de Educación Especial, 1985). Además se considera que estos alumnos logran la pertenencia en la institución y obtienen promedios elevados (de 8 ó mayor) en el tiempo mínimo reglamentario (Baum, 1998). En cambio si existe una discrepancia por debajo del criterio se puede hablar de un rendimiento insatisfactorio, malo o bajo; en el que pueden haber intervenido diversos factores (nivel intelectual, motivación, hábitos, intereses, autoestima, etc.) o bien, aspectos relacionados con los métodos de enseñanza o modelos didácticos (Diccionario de las Ciencias de la Educación, 1983). Se consideran casos de rendimiento insatisfactorio la deserción, la reprobación, el bajo rendimiento escolar, la repetición de cursos, etc (Bravo, 1988, en Nava y cols. 1993).

Un aspecto muy importante en el rendimiento escolar de un niño, es que durante mucho tiempo se ha pensado que la escuela es un instrumento mediante el cual todos los niños podrán adquirir los conocimientos suficientes para enfrentarse a la vida, superándose social y económicamente. Aunque se considere que la escuela brinda las mismas oportunidades a sus miembros y que el éxito escolar que obtengan sólo depende del mérito individual (Baum, 1998), lo cierto es que existen muchas condiciones (biológicas, psicológicas, sociales, políticas, económicas, etc.) que pueden influir o determinar su aprovechamiento o rendimiento escolar (Hernández, 1992, Sánchez, Cantón y Sevilla, 1997).

En general, el análisis del rendimiento escolar se ha enfocado hacia el análisis de los logros académicos, donde se considera que el estudio del rendimiento escolar se centra primordialmente en la determinación de algunas de las variables que mayor influencia tienen, según los distintos criterios manejados, en el grado de éxito o fracaso escolar, fijado en función del logro de las metas académicas, en términos de objetivos de aprendizaje alcanzados, de calificaciones obtenidas individualmente o en grupo, y de la relación entre habilidades psicológicas y calificaciones logradas, entre otras opciones. En esta línea se han generado variantes teórico-metodológicas para abordar el objetivo de estudio (Galán y Marín, 1985).

Estudios acerca de la motivación para el buen rendimiento pusieron de relieve el nivel de aspiración del sujeto y su reacción ante el éxito o fracaso de una tarea. La necesidad de rendir que tiene un alumno depende de su motivación, su expectativa y los incentivos. La verdadera orientación de un individuo respecto al rendimiento, es la de obtener éxito o evitar el fracaso (Lavin, 1984).

El origen de la motivación para rendir parece ser que tiene su base en la educación del niño. Esto ha preocupado a algunos Psicólogos y se ha investigado si es posible cambiar los motivos existentes y desarrollar otros nuevos para mejorar el rendimiento (Muñoz 1995).

Los trabajos de McClelland parecen demostrar que es posible desarrollar en los sujetos el motivo de logro, entendiendo como una tendencia a alcanzar el éxito. Esto permite suponer que si tal como parecen indicar los resultados de algunas investigaciones, a mayor motivo de logro corresponde un mayor rendimiento académico, sería conveniente plantearse una revisión de los distintos métodos de enseñanza para que éstos favoreciesen en los alumnos el desarrollo de las tendencias a alcanzar el éxito, en lugar de tendencias a evitar el fracaso. Esta situación parece ser que podría ayudar a disminuir los preocupantes índices de fracaso escolar existentes (Pereda, 1990).

Salas y Ferrant (1990) analizan los estudios realizados a fin de identificar las variables que influyen en el rendimiento académico. Entre los factores encontrados (antecedentes familiares, nivel socioeconómico, autoestima, aspiraciones educacionales, influencia de los compañeros de estudio, interés de los padres por el aprendizaje de sus hijos, hábitos de estudio, etc.) sobresale como una constante, las actitudes de los alumnos hacia sus maestros, las matenas o cursos que recibe, hacia las autoridades del plantel y hacia la escuela en general. Estas actitudes negativas no sólo repercuten en el bajo rendimiento del alumno, sino que están asociadas a otros problemas tales como deserción y diversas formas de violencia estudiantil.

La opinión generalizada de vanos autores, es el ambiente en el que vive el ser humano lo que da la diferencia entre cada individuo, esto significa que son los efectos de los ambientes familiares lo que provoca las variantes en el rendimiento escolar, no siendo así en lo que se refiere a la inteligencia. Esto quiere decir que, un alumno puede tener la capacidad básica para el aprendizaje y desarrollarse efectivamente en la escuela, pero fracasar, si carece de un ambiente estimulante para elevar la destreza cognoscitiva necesaria para el rendimiento escolar (Alonso 1992).

En resumen para lograr un mayor rendimiento escolar en el alumno, se requiere que exista una correlación entre el alumno, su familia y la escuela; la participación e interés de cada uno, y desarrollarse en un ambiente estimulante que favorezca su destreza cognoscitiva (Alonso 1992).

CAPÍTULO 5

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

5.1.-ANTECEDENTES

El trastorno que actualmente conocemos como déficit de atención e hiperactividad, fue descrito por primera vez por un médico alemán llamado Heinrich Hoffman en 1854. Desde entonces, muchos autores han estudiado este síndrome que aparece a una edad temprana, que es más común entre los varones y que se manifiesta por un patrón de síntomas que incluye: hiperactividad, impulsividad y distractibilidad. En 1902, Stillé, un famoso pediatra británico, describió un grupo de niños que tenían lo que él llamó "un defecto del control moral", estos niños tenían serias dificultades académicas sin presentar un impedimento general del intelecto ni un trastorno físico. En 1929, después de una epidemia de encefalitis letárgica, algunos de los niños que se recuperaron de la enfermedad presentaban un síndrome de conducta hiperactiva, que se definió como "impulsividad orgánica". Brandley en 1950, fue el primero en emplear anfetaminas en el tratamiento, al descubrir que dentro del grupo de pacientes que él atendía había un subgrupo con hiperquinesia y distractibilidad que respondía de manera paradójica a los estimulantes (Solloa, 2001).

Strauss y Lethinen en 1947, plantearon que la conducta hiperactiva era el resultado de un daño cerebral manifiesto o supuesto y denominaron el trastorno como síndrome de daño cerebral, posteriormente Lauffer y Dennhoffen (1957) fueron los primeros en hacer una descripción sistemática del síndrome hiperquinético y en establecer la existencia de un componente fisiológico, en una época en la que se hacía énfasis en los factores psicodinámicos para explicar la psicopatología infantil. Estos autores explicaron que el síndrome era consecuencia de un defecto en el funcionamiento de un conjunto de estructuras subcorticales que incluían el tálamo, el hipotálamo, el subtálamo y el epitálamo y concluyeron que el problema no se debía a un daño cerebral sino a una disfunción. En 1966, gracias a las aportaciones de Clements, se logró cambiar el término daño cerebral por el de disfunción cerebral, puesto que no era posible localizar un daño, y sí se acuñó el término disfunción cerebral mínima, que prevaleció durante muchos años y que fue descrito en una monografía del Instituto Nacional de Padecimientos Neurológicos con 10 características citadas en orden de mayor a menor frecuencia (Solloa, 2001).

- 1.- Hiperactividad
- 2.- Dificultades perceptomotoras
- 3.- Labilidad emocional
- 4.- Déficit en la coordinación general

- 5.- Desórdenes de atención (lapsos de atención cortos, distractibilidad y perseverancia).
- 6.-Impulsividad
- 7.-Desórdenes de la memoria y el pensamiento
- 8.-Problemas de aprendizaje en la lectura, aritmética, escritura u ortografía
- 9.-Dificultades del habla y audición
- 10.-Signos neurológicos equívocos e irregularidades neurológicas.

Como se puede observar, en esta descripción todavía no se distinguía entre los niños que cursaban únicamente con problemas de aprendizaje de los que padecían lo que hoy conocemos como trastorno por déficit de atención e hiperactividad ó TDAH. De esta manera, muchos de los niños que presentaban problemas académicos eran fácilmente diagnosticados con "disfunción cerebral mínima". En 1968, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM III) se distinguió por primera vez la "reacción hiperquímica de la niñez" como un desorden caracterizado por sobreactividad, inquietud, distractibilidad y lapsos de atención cortos, especialmente en niños pequeños, y se planteaba que los síntomas generalmente desaparecían en la adolescencia (Solloa,2001).

Durante los años setenta, la investigación sobre este trastorno arrojó datos que sugerían la necesidad de considerar la inatención y la impulsividad como los problemas más profundos y crónicos del trastorno. Con este planteamiento surgió en 1980 el DSM III , en el que se describió el trastorno por déficit de atención e hiperactividad como un problema relacionado con la atención y la impulsividad, en donde los síntomas de hiperactividad podían o no estar presentes. En 1987, en el DSM III, se vuelve a considerar el trastorno en forma unidimensional, con esta visión, los síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad se podían presentar en diferentes grados. En esta versión del manual se agrupó el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, junto con los trastornos de la conducta perturbadora, y el diagnóstico se hacía con base en 14 descripciones conductuales sin que necesariamente éstas tuvieran que reflejar dificultades con la atención, impulsividad e hiperactividad. De hecho, la distinción entre los trastornos de conducta y el TDAH, ha sido un aspecto de diagnóstico diferencial que ha causado mucha polémica (Solloa,2001).

Por su parte, la comunidad psiquiátrica europea y especialmente la británica, sostiene que los niños con TDAH no son esencialmente diferentes de los niños que presentan trastornos de conducta y consideran que tienen el mismo desorden pero con diferente grado de severidad. Abbikoff y Gittleman, en 1985, encontraron que 50% de los pacientes con TDAH desarrollaban trastornos de conducta en la adolescencia y de éstos, dos terceras partes presentaban abuso de alcohol o drogas. Más recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su manual diagnóstico CIE-10, postuló que la hiperquinesia y la inatención son los

síntomas centrales del trastorno. Este planteamiento es muy similar al del DSM IV en el que también se considera el TDAH como bidimensional (Solloa, 2001).

La Asociación Americana de Psiquiatría a través de la última versión del manual de Diagnóstico y Estadística de los trastornos Mentales (DSM-IV) define el síndrome como Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Incluye 3 subtipos del trastorno activo: el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad Combinado, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad con Predominio del Déficit de Atención y el Trastorno por Déficit de Atención con Predominio Hiperactivo Impulsivo.

5.2.- PREVALENCIA

El trastorno por déficit de atención es un desorden que afecta a un buen número de niños en edad escolar, la gran diferencia de prevalencias que se reportan en los diversos estudios indudablemente obedece a factores como son los métodos de obtención de datos, poca uniformidad en criterios diagnósticos, y en general por las diferencias en la definición de los casos identificados que a fin de cuentas representan las unidades básicas de estudios epidemiológicos (Verduzco 1992).

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) ha sido considerado como uno de los trastornos diagnosticados con mayor frecuencia en la población infantil, dado que se estima su ocurrencia entre 4 y el 10% de todos los niños, es evidente que constituye un problema serio para padres, maestros y profesionales de la salud (Taylor, 1991).

En México especialmente en la unidad Terapéutica de niños y adolescentes del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, este padecimiento ha llegado a constituir hasta el 45% de las consultas según lo reportado por Macías - Valdez y col. (1986)

Arturo Mendoza, ex presidente de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil, reporta que aproximadamente el 15% de los niños en México padece hiperactividad (1991, citado en Mendoza, 2000).

Safer reveló, sobre la incidencia familiar de disfunción cerebral mínima, 50% de los hermanos de niños que sufren este trastorno presentan dificultades en la atención y en la conducta. (citado en Renshaw, 1977). También expresa el mismo autor que la proporción entre sexos es de 4 a 1 entre niños y niñas, cabe mencionar que esta proporción es casi paralela en otros trastornos psiquiátricos en la niñez, y en el DSM-III-R se menciona que este trastorno es frecuente y puede detectarse en un 3% de los niños.

5.3.- ETIOLOGÍA

El TDAM tiene múltiples causas. Desde mediados de 1980, el conocimiento de estas causas y su influencia a nivel cerebral y conductual han incrementado notablemente. El TDAM puede producirse a partir de acontecimientos a los que anteriormente se les prestaba poca atención, y que ocurren en diferentes momentos, desde el inicio de la gestación hasta varios años después del nacimiento..

Según el momento en que actúan, las causas pueden dividirse en: (Velasco 1976)

Las que afectan al producto mientras permanece en el útero (prenatales), las que lo hacen durante el parto (perinatales) y las que afectan al niño después del nacimiento; principalmente durante los primeros meses de la vida (postnatales). En términos generales se acepta que las causas del segundo grupo son las más importantes y frecuentes (70 a 80% de los casos), en tanto que las prenatales se presentan en 10 a 15% y las restantes actúan ya durante la vida extrauterina.

Los factores prenatales que con mayor frecuencia producen los cambios estructurales responsables del TDAM, son los siguientes:

- 1.- Padecimientos infecciosos de la madre, principalmente rubéola y toxoplasmosis.
- 2.-Anoxia del producto in útero, producida generalmente por alguna de las siguientes situaciones: aspiración de monóxido de carbono por parte de la madre, anemia grave, hipotensión severa, infartos placentarios, etc.
- 3.-Hemorragia cerebral en el producto (generalmente microhemorragias), producida por toxemia del embarazo o de otro origen, por trauma directo, etc.
- 4.-Exposición excesiva a los rayos x
- 5.-Disturbios metabólicos, especialmente diabetes.
- 6.- Factor Rh Negativo.

Entre los factores perinatales que actúan durante el parto están:

- 1.-Anoxia neonatal (Graham, 1977), producida generalmente en las siguientes situaciones: obstrucción mecánica respiratoria, mal-uso de sedantes y anestésicos administrados a la madre, placenta previa, hipotensión pronunciada.
- 2.-Todas las distocias capaces de producir sufrimiento fetal: aplicación deficiente de fórceps, maniobra de extracción, expulsión demasiado rápida, parto prolongado, cesárea, etc.

◀ Entre las causas posnatales, se consideran como más frecuentes las siguientes:

- 1.- Enfermedades infecciosas durante los primeros meses, especialmente la tos fenna, sarampión, escarlatina y las neumonías, también la encefalitis y la meningitis.
- 2.-Traumatismos craneanos
- 3.-Secuelas debidas a incompatibilidad del factor Rh
- 4.-Neoplasias cerebrales
- 5.- Anoxias accidentales pasajeras

Existen diferentes hipótesis que se han estudiado con el fin de hallar y explicar las causas de este trastorno. Dentro de las principales hipótesis se encuentran: (Solloa, 2001)

Hipótesis de un factor hereditario

Generalmente, al obtener los antecedentes familiares del niño con déficit de atención e hiperactividad, se encuentra que el padre presentó los mismos síntomas de pequeño. Así mismo, el hecho de que el trastorno se manifieste con mayor frecuencia en hombres, ha llevado a que se investiguen los antecedentes hereditarios y familiares del padre y la madre con el fin de identificar las patologías familiares ligadas al síndrome, encontrándose una mayor prevalencia de sociopatía, histeria y alcoholismo en los padres y madres de estos niños (Solloa, 2001).

Debido a que el síndrome se presenta con mayor frecuencia en varones se pensó que la transmisión genética se lleva a cabo por medio de un cromosoma sexual, sin embargo Warren y col., encontraron que no había ninguna anomalía en los cromosomas. En resumen, existe una fuerte evidencia de la existencia de un componente genético en la etiología del trastorno, aunque el mecanismo de transmisión es aún dudoso (Solloa, 2001).

Hipótesis Neuroanatómicas

En el ser humano, las lesiones específicas o generalizadas, provocadas por infecciones como encefalitis o traumatismos craneoencefálicos, pueden producir un síndrome hiperquinético. De lo anterior se deduce que el TDAH podría ser una reacción inespecífica cuando el cerebro es lesionado por cualquier agente nocivo. Se sabe que los niños que padecen este síndrome presentan con mayor frecuencia que la población normal antecedentes de dificultades durante la gestación así como problemas perinatales y otras complicaciones médicas durante los primeros años de vida (Solloa, 2001).

Un área de interés particular en las investigaciones actuales es identificar estructuras o zonas cerebrales relacionadas con la sintomatología de este trastorno. Los avances tecnológicos y el desarrollo de nuevas técnicas de imágenes cerebrales han dado un auge al estudio neuroanatómico de diferentes trastornos. Las técnicas utilizadas para investigación en esta área son: tomografía axial computalizada (TAC), tomografía por emisión de positrones (TEP) y la resonancia magnética (Solloa, 2001).

Se ha estudiado principalmente el lóbulo frontal basándose en la suposición de que una desinhibición de este lóbulo puede ser responsable de la sintomatología del TDAH, ya que el lóbulo frontal anterior y medial se asocia a las funciones que son inadecuadas en este trastorno. En 1989, Muñoz-Millán y Casteel (citados en Solloa, 2001) señalaron que existen similitudes en las conductas de pacientes adultos con una disfunción del lóbulo frontal y las conductas de los niños con TDAH. Estos investigadores, después de haber realizado una revisión de las investigaciones en esta área, concluyeron que no existen diferencias anatómicas entre niños normales y niños con TDAH.

Hipótesis Neurofisiológicas

Estudios electroencefalográficos

Se ha encontrado que un alto porcentaje de 35 a 50% de los niños diagnosticados con TDAH, tienen estudios electroencefalográficos anormales, la anomalía reportada con más frecuencia es una actividad cerebral lenta, difusa y en general ausencia de una cantidad apropiada de ondas alfa para la edad. Todo esto se denomina como patrones inmaduros de funcionamiento, y se interpreta como un retraso en la maduración del sistema nervioso central (Solloa, 2001).

Se ha encontrado que la conducta social de muchos niños con TDAH, es parecida a la de niños de menor edad sin TDAH. Exámenes neurológicos a menudo muestran un retraso en la coordinación motora y su desarrollo (Velasco, 1976).

Los doctores Bennet y Shaywitz y sus cols: en 1994, (citados en Barkle, 1995), no han encontrado una marcada anomalía o inmadurez en el desarrollo cerebral, por lo cual, la causa del problema en ciertas regiones del cerebro, no es solo debida a un bajo desarrollo cerebral, sino también a probables disfunciones neurofisiológicas de diferentes estructuras cerebrales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Estudio de los neurotransmisores

La efectividad terapéutica de los estimulantes es una prueba indirecta de que un factor etiológico asociado a este trastorno es un funcionamiento inadecuado de las catecolaminas. Los estimulantes parecen tener un efecto altamente específico, ya que no sólo actúan como tranquilizantes, sino que también aumentan los lapsos de atención, disminuyen la agresión y mejoran la conducta en general (Solloa, 2001).

A partir de estos hallazgos se aceptó sin cuestionar el llamado efecto paradójico de los estimulantes sobre la conducta del niño hiperactivo. El error de conceptualizar el efecto de los fármacos estimulantes como paradójico se hizo al ligar la conducta "más calmada y menos activa" que resulta de utilizar el medicamento, con la suposición de que el medicamento ejercía una acción farmacológica sedativa. Lo que realmente sucede es que los niños con déficit en la atención poseen niveles inhibitorios bajos en el sistema nervioso central, y los medicamentos estimulantes realmente actúan como estimulantes activando el sistema nervioso central y aumentando los bajos niveles de inhibición. Se ha encontrado, además, que el nivel de activación del sistema nervioso central tiene una correlación negativa con el grado de severidad de la conducta hiperquinética (Solloa, 2001).

Por lo anterior, la mayoría de los estudios sobre el TDAM y la neuroquímica cerebral se relacionan con alteraciones en las catecolaminas cerebrales, principalmente con la dopamina, la norepinefrina y la noradrenalina. Se sabe que los estimulantes pueden actuar sobre las catecolaminas, inhibiendo su recaptura o su degradación, o bien acrecentando su liberación o activando sus receptores. Todas estas acciones causan un incremento de dopamina o norepinefrina en el nivel sináptico, por tanto si los estimulantes mejoran los síntomas del TDAM y trabajan en los sistemas de catecolamina, se infiere que el TDAM se relaciona con las catecolaminas (Solloa, 2001).

Dado que los medicamentos utilizados en el tratamiento del TDAM actúan sobre varios neurotransmisores, se ha intentado identificar si existe una anomalía en el funcionamiento de un neurotransmisor específico, pero como los neurotransmisores se encuentran interrelacionados en cadenas, es muy poco probable que se pueda alterar el funcionamiento de un neurotransmisor sin afectar el otro. Así pues, por el momento la teoría de una deficiencia en un solo neurotransmisor no se ha podido comprobar (Solloa, 2001).

Otras Hipótesis

Algunos autores han señalado que los alimentos con aditivos, colorantes y saborizantes artificiales, así como salicólicos naturales y azúcares refinadas son los causantes de los síntomas de este trastorno, esta creencia fue aceptada a pesar de que en los textos científicos no se encontraron datos que apoyaran esta hipótesis, los investigadores, a través de un estudio llevado a cabo por el departamento de Pediatría de la Universidad de Vanderbilt en Estados Unidos de América, no encontraron evidencia de que el azúcar o el aspartame afectara la conducta y la función cognitiva de los niños con TDAH, a pesar de que los padres sí pensaban que estos niños eran sensibles al azúcar (Solloa, 2001).

Otro factor que se ha considerado como posible causa del TDAH, es la intoxicación por plomo. La investigación experimental con animales apoya la noción de que el plomo puede contribuir a síntomas como la hiperactividad. En este punto se piensa que el niño hiperactivo tiene altos niveles de plomo en su organismo. Pino (1982, citado en Solloa, 2001) encontró que solamente los niños con TDAH cuya etiología es desconocida, demostraron un nivel alto de plomo en la sangre. También existe evidencia indirecta que sugiere que el calcio puede reducir los efectos del plomo en las funciones neurofisiológicas de los niños.

Otros estudios descubrieron anomalías que causa el exceso de consumo de alcohol y de nicotina durante el embarazo, se relacionan directamente con la hiperactividad, impulsividad y el déficit de atención (Goldstein y Goldstein 1992).

5.4.- SEMIOLOGÍA

Generalmente el trastorno se manifiesta antes de los cuatro años, sin embargo se identifica en el período escolar con mayor frecuencia, cuando el maestro no lo puede controlar como al resto del grupo, a veces por su negativismo desafiante o su conducta hiperactiva o al contrario niños sin la hiperactividad, ni impulsividad pero que no mantienen la atención (este trastorno corresponde al déficit de atención indiferenciado), son aquellos niños o niñas poco advertidos por sus conductas aisladas, no participan en las acciones, incluso al maestro se le olvida que ese niño existe, nunca entregan tareas, no se comunican y en forma semejante al que tiene hiperactividad manifiestan problemas escolares y sociales (Mendoza, 2000)

Una de las dificultades en la atención se observa en el proceso de aprendizaje que finalmente limita la posibilidad adaptativa al medio, es frecuente observar la preocupación de padres, madres y maestros cuando el niño o la niña manifiestan conductas que para ellos son inadecuadas y simplemente son producto de aprendizajes y en donde pareciera que no hay interés o que existe alguna

limitación para comprender, leer o escribir, sin embargo antes de llegar a estas conductas observables también se presentaron otras que aparentemente pasaron inadvertidas y ellas son el sustrato de las funciones de comprensión, lectura, escritura, cálculo, pensamiento lógico, valores, etc. (Mendoza, 2000)

Déficit de Atención

La atención es el foco o punto focal en la percepción (organización significativa de estímulos). Es determinada en ciertos casos por factores internos del individuo, mientras que en otros casos es determinada por la naturaleza de los estímulos presentados a los sentidos. Cualquier cambio en las condiciones de estímulo, tales como un intercambio del ruido o alteración de la iluminación, con frecuencia atrae la atención. El movimiento es otra característica de estímulo que puede atraerla (Whittaker, 1981). La atención es un proceso complejo que abarca diferentes habilidades, por ejemplo, para responder efectivamente en el salón de clases, un niño debe coordinar diversas habilidades, ellas incluyen la habilidad para enfocar la atención adecuadamente, en cualquier momento, comenzar una tarea asignada, mantener la atención el tiempo necesario para la terminación de una tarea o trabajo, ignorar distracciones, dividir la atención (tomar notas y escuchar al maestro, al mismo tiempo) y estar alerta para responder durante actividades grupales (Goldstein y Goldstein, 1992).

La inatención es otro de los síntomas que se describen como integrantes fundamentales del trastorno. Es producto de la distractibilidad del niño, la cual impide concentrar la atención y obstaculiza éste proceso tan importante para el aprendizaje. Puede no prestar suficiente atención a los detalles o cometer errores por descuido en las tareas escolares. Generalmente sus trabajos no cumplen con las condiciones de calidad, son sucios, realizados sin reflexión y con tachaduras o correcciones excesivas. Los niños con TDAH pierden fácilmente su concentración, principalmente si hay sonidos o movimientos a su alrededor. Como resultado, en la escuela presentan dificultad para enfocar su atención en la elaboración de trabajos, así como en el seguimiento de instrucciones. En casa, invierten más tiempo en hacer las tareas que un niño sin TDAH, inclusive si se le adecua un espacio para realizar éstas, sin distractores o estímulos novedosos, aún así necesitará que alguien constantemente lo supervise, para la culminación de sus trabajos. Tienen dificultad en la terminación de trabajos, quizás completen algo de una página, pero el resto de ésta quedará sin resolver (Pini, 2001).

Presentan a menudo una pobre organización, ya que suelen ser olvidadizos y descuidados con sus pertenencias, por ejemplo, olvidan la tarea que tienen que hacer, el material que solicitó el profesor, pierden continuamente su material de trabajo, etc. Generalmente regresan a casa sin los libros que necesitan para la tarea. Pueden no encontrar algo que acaban de tener en la mano, olvidan entregar un escrito importante o un mensaje verbal de su maestro para sus padres. Como

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

consecuencia de su problema de inatención visual hacia una actividad o a un individuo, las personas suponen que el niño no está escuchando. Sin embargo, los niños con TDAH sorprenden a maestros, cuando repentinamente se les hace una pregunta con relación a lo que se citó minutos antes, y el niño da la respuesta adecuada o repite lo que se le dijo (Pini, 2001).

Las tareas que exigen un esfuerzo mental sostenido, son experimentadas como desagradables y sensiblemente aversivas. En consecuencia, evitan o muestran un gran disgusto por las actividades que demandan de una dedicación personal y un esfuerzo intelectual, que implican exigencias organizativas, o una notable concentración. Este rechazo se debe a su déficit de atención del niño y no por una actitud negativa primaria, aunque también puede estar implícita una actitud negativa secundaria (DSM-IV).

Hiperactividad

El término hiperactividad significa etiológicamente exceso de actividad o energía. Es relevante entender que existen dos tipos de hiperactividad, uno es causado por una situación particular, que puede desaparecer cuando la situación cambie o cuando el niño aprenda a manejar el estrés. El otro tipo (del cuadro de TDAH), lo causan diferencias neurológicas en el cerebro del niño (Hernández, 2001), esto es, en el primer caso, el niño con hiperactividad puede llegar a controlar ésta mediante actividades deportivas, mientras que en el segundo caso, es difícilmente controlada, no se trata de una inquietud más o menos reconocible, sino de un verdadero estado de movilidad casi permanente, que los padres reportan como algo que el niño manifiesta desde muy pequeño.

La hiperactividad se manifiesta permanentemente y en todo lugar. El exceso de actividad está directamente correlacionado con el exceso de emotividad. A la vez que el niño hiperactivo presenta dificultad en controlar su cuerpo, en situaciones que requieren de permanecer sentados durante períodos largos de tiempo, manifiestan además, reacciones emotivas más intensas que otros niños, principalmente al expresar sentimientos de frustración, felicidad, ansiedad y/o tristeza (Ruiz, 1999).

El niño hiperactivo es inquieto en el hogar, en la escuela y afuera de ella. En general, los ambientes que más estimulan a los sentidos incrementan su energía, en tanto que los lugares tranquilos, sin ruidos u otros estímulos, tienden a mejorar la conducta del niño y a disminuir su actividad física (Pini, 2001).

La hiperactividad verbal es otra consecuencia del TDAH. Algunos de los niños que la sufren hablan mucho y muestran incapacidad para mantener el foco de su atención durante el discurso (Velasco, 1976). Los maestros reportan que los niños con TDAH son tan inquietos, que por una variedad de razones, no pueden

permanecer sentados, generalmente se levantan para ir al baño, sacar punta a los lápices, etc; siendo frecuente encontrarlos vagando por el salón de clases sin razón justificable (Steinberg, y Umansky, 1994).

La hiperactividad puede variar en función de la edad y el nivel de desarrollo, los niños pequeños y preescolares con este trastorno difieren de los pequeños normalmente activos, por estar constantemente en marcha y tocando todo, se precipitan a cualquier situación, salen de casa antes de abrigarse, se suben o saltan sobre un mueble, corren por toda la casa y experimentan dificultades para participar en actividades sedentarias de grupo en las clases preescolares (por ejemplo, escuchar un cuento).

Impulsividad

Otro síntoma importante, que a su vez origina ciertas modalidades del comportamiento, es la impulsividad, entendida como la pérdida de la capacidad para inhibir la conducta (Velasco, 1976).

El niño hace lo que su impulso le indica, sin pensar en las consecuencias mediatas e inmediatas de sus actos. Da la impresión de no poder tolerar la menor demora en la satisfacción de sus demandas. Los niños con TDAH tienen gran dificultad en esperar turnos o, formarse, esperar la hora del recreo, etc. Es decir no tienen tolerancia a la espera de cualquier actividad (Pini, 2001).

El niño con TDAH no puede controlar sus impulsos, es por ello que tiende a responder a una situación sin medir el riesgo, ya que no hace una reflexión previa. Son constantemente criticados o castigados por haber hecho comentarios contraproducentes o acciones injustificadas para la sociedad en que se desenvuelven, todo esto por actuar en forma impulsiva y emotiva. Ellos parecen actuar con rapidez ante una idea que les surgió en su mente, sin considerar si es peligrosa o inconveniente, del mismo modo, dejan inconclusas otras actividades por responder impulsivamente a esta idea (Pini, 2001).

La impulsividad del niño hace que se le tome por temerario, lo que sucede en realidad es que no mide el peligro, debido a su incapacidad para inhibir los impulsos, frecuentemente se ve involucrado en conflictos interpersonales y puede caer en la conducta antisocial. En efecto suele tomar para sí objetos ajenos, artículos escolares de sus compañeros, además de cometer los actos que se derivan de su agresividad y que casi siempre amentan castigos, tanto en la escuela como en el hogar. Son los niños eternamente castigados (Ruiz, 1999).

En general tenemos que la impulsividad se manifiesta por impaciencia, dificultad para aplazar respuestas, dar respuestas precipitadas antes de que las preguntas hayan sido completadas, dificultades para esperar un turno e interrumpir

a los demás o interferir en conversaciones, provocando problemas en situaciones académicas, sociales o laborales. Los niños con este síntoma tienden a hacer comentarios fuera de lugar, no respetan las normas, inician conversaciones en momentos inapropiados, interrumpen excesivamente a los demás, se inmiscuyen en los asuntos ajenos, se apropian de objetos de otros, tocan cosas que no deberían. La impulsividad puede dar lugar a accidentes (por ejemplo, golpearse con objetos, golpear a otras personas, agarrar una cazuela caliente, etc.) y a incurrir en actividades potencialmente peligrosas, sin considerar sus posibles consecuencias (por ejemplo patinar en un terreno abrupto), (Fini, 2001).

5.5. DIAGNÓSTICO

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL DSM IV

Trastornos por Déficit de atención y comportamiento perturbador

A. (1) o (2):

1. Se puede considerar que una persona presenta trastorno por déficit de atención con hiperactividad cuando se manifiestan seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención cuya persistencia se ha dado durante por lo menos 6 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 (por ejemplo 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

- (a) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- (b) A menudo tiene dificultades para guardar turno.
- (c) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos).

B. Algunos síntomas de hiperactividad - impulsividad o desatención que causan alteraciones y están presentes antes de los siete años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (por ejemplo, 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 (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

De tal forma que el diagnóstico puede ser:

◀ Trastorno por déficit de atención con predominio de síntomas de inatención: cuando se cumplen los criterios para inatención pero no todos los de hiperactividad-impulsividad.

↳ Trastorno por déficit de atención con predominio de síntomas de hiperactividad-impulsividad: cuando se cumplen los criterios de hiperactividad pero no los de inatención.

↳ Trastorno por déficit de atención e hiperactividad tipo combinado: cuando se cumplen los criterios de inatención y de hiperactividad-impulsividad.

La mayoría de los síntomas descritos en el diagnóstico están presentes en todos los niños en cierto grado y en ciertos momentos particulares. Estas características son anormales cuando son excesivas en cuanto a su frecuencia, intensidad y duración. Las manifestaciones conductuales suelen producirse en múltiples contextos, que incluyen el hogar, la escuela, el trabajo y las situaciones sociales. Para establecer el diagnóstico, se precisa que exista alguna alteración en por lo menos dos de tales situaciones (Solloa, 2001).

El diagnóstico de este trastorno se debe hacer con mucho cuidado, ya que los síntomas de inatención e hiperactividad pueden presentarse en otro tipo de problemas como la depresión infantil, los trastornos de ansiedad y en trastornos de conducta. Por ello se requiere de una evaluación de un equipo de trabajo que maneje la intradisciplina y la interdisciplina para que se perciba al individuo desde el punto de vista psicopedagógico, médico y social para establecer un diagnóstico diferencial, y llegar a unir esfuerzos, conocimientos y objetivos para el niño ó la niña en estudio. El punto de vista médico, porque puede evaluar el proceso de crecimiento, desarrollo y de considerarse necesario solicitar estudios de gabinete como: química sanguínea, E.E.G., mapeos cerebrales, resonancia magnética ó estudios por emisión de positrones, entre otros. Pedagógico, porque se evalúan sus conocimientos adquiridos en el ámbito escolar, con procesos de productos en memoria, comprensión, lectura, escritura, copia, dictado y cálculo (Mendoza, 2000).

Debido a que el TDAH es sumamente amplio y variable, el diagnóstico suele darse por un médico quien se basa en diversas pruebas tales como el diagnóstico nosológico (en el que se incluyen los antecedentes, el inicio y la evolución del problema), exploraciones físicas y psiquiátricas, estudios neurológicos y electroencefalográficos para emitir el diagnóstico. Asimismo es recomendable el uso de pruebas psicopedagógicas con la finalidad de descartar otros posibles orígenes de la sintomatología. Debe tenerse cuidado en no confundir la hiperactividad producto de un déficit de la atención con la hiperactividad derivada de una alteración emocional o aquella propia de la edad preescolar. Para distinguir entre ellas basta con referirse a los criterios de inclusión, exclusión y permanencia establecidos en el DSM- IV (Citado en Villano, 1998).

La evaluación debe incluir la recolección y observación cuidadosa de datos e información específica, obtenida a través de:

1.-Historia Clínica

La historia clínica es, definitivamente, la fuente más importante de datos, cuya correcta valoración permite ya un diagnóstico de presunción, y con frecuencia, una definición completa del problema. (Velasco, 1976).

Se obtiene a través de ésta, la historia del desarrollo del niño, así como aspectos familiares. Se busca información concerniente a todo tipo de problemas que la familia ha experimentado, los métodos empleados para educar, signos tempranos de las características de la conducta del niño, y todo tipo de eventos en la vida del menor que hayan sido representativos. En base a la historia, se puede conocer la duración de los problemas de inatención, impulsividad e hiperactividad (Pini, 2001).

Pocos cuadros de la psicopatología infantil demuestran con tanta claridad la necesidad de una acción interdisciplinaria. El diagnóstico y sobre todo la acción terapéutica, exige la intervención de diferentes especialistas. Por ello es que los estudios más completos se obtienen en las instituciones donde se cuenta con especialistas y con los medios instrumentales necesarios para su acción efectiva. Es evidente que el equipo de trabajo debe tener un líder, responsable de la atención total presentada al niño y del curso de la terapia ante el propio paciente y sus familias. El profesionalista responsable debe estar lo suficientemente preparado para la elaboración de la historia clínica, la valoración de los datos, el establecimiento de un diagnóstico y el seguimiento del tratamiento integral (Pini, 2001).

2.- Exploración o Evaluación Psicológica

La entrevista y evaluación con el Psicólogo reviste gran importancia. Por un lado los datos que aporta la inspección general pueden ser útiles, por otro lado, se obtendrán datos sobre la percepción, procesos del pensamiento, la verbalización y el lenguaje, coeficiente intelectual y emociones. Esta información se obtiene a través de una evaluación Psicológica que incluye una batería de pruebas psicométricas.

En cualquier evaluación aplicada al niño con TDAH, no se puede garantizar la autenticidad de los resultados obtenidos. Una evaluación requiere el seguimiento de instrucciones, atención, constancia y analizar la pregunta primero, antes de elegir una respuesta. El niño con este desorden, al carecer de los prerrequisitos básicos citados, para realizar la evaluación, presentará un coeficiente intelectual por debajo del promedio general, en una prueba de inteligencia, por ejemplo. Sin

embargo ésta estaría midiendo más su problemática que la inteligencia que posee. Probablemente, si se volviera a aplicar la misma evaluación, varía significativamente los resultados, ya que el niño con TDAH exhibe momentos de impresionante atención. Es por ello, que a pesar de que se trate de un niño brillante, sus habilidades intelectuales pueden parecer bajas. Debe recordarse que la inatención no es equivalente a ser incapaz para aprender. Cuando el niño con el trastorno logra enfocar su atención, es capaz de aprender también como los demás (Pini, 2001).

3.- Pruebas Académicas

El objetivo de las pruebas académicas es comprobar si el niño presenta las capacidades que le son demandadas de acuerdo a su edad cronológica y a su nivel educativo. En base a éstas se determinan las áreas académicas donde presenta conflicto (Ausubel, 1980).

Se considera también relevante medir las habilidades académicas del niño, como parte de la evaluación. Si se muestra que el niño puede tener un nivel adecuado de esta área, se sabrá entonces, que los problemas de ejecución que presenta en el salón de clases, se deben a su inatención. Es necesario, aplicar estas pruebas vanas ocasiones y en diferentes situaciones, por la misma inconsistencia del niño con TDAH (Pini, 2001).

4.- Exploración Médica y Examen Neurológico

Nunca debe dejarse de hacer una exploración médica rutinana. Pero en este punto lo más importante es el examen neurológico, que ha de practicarse preferentemente al inicio de la evaluación, o bien, en forma alternada con las otras pruebas (Pini, 2001).

El TDAH no incluye trastornos neurológicos severos y, por tanto, no es de esperar que la exploración descubra agudos signos de anormalidad en el sistema nervioso central. Lo habitual es que obtengan datos que bien pueden llamarse "signos neurológicos blandos", es decir, aquellos signos ligeros a nivel neurológico que no inciden directamente en el síndrome, pero llaman la atención por su presencia (Ruiz, 1999).

Los signos que están definitivamente ligados a los cuadros de la sintomatología que reviste el TDAH, son los que revelan un significativo retraso del desarrollo de una o más de las funciones de: lenguaje, coordinación motora, percepción, diferenciación derecha izquierda y coordinación visomotora (Velasco, 1976).

Electroencefalograma

Un estudio electroencefalográfico no hace el diagnóstico (Velasco, 1976, Nieto, 2001), una actividad difundida es la de esperar el resultado del E.E.G., para confirmar el diagnóstico. En realidad el E.E.G., debe practicarse siempre, y en ocasiones proporcionará datos irrefutables de trastorno estructural en el cerebro, pero incluso un trazo francamente anormal es compatible con la conducta más saludable. Lo contrario también es cierto, un niño que presente la sintomatología del TDAH puede tener un E.E.G., totalmente normal.

El procedimiento de Evaluación debe Incluir Cinco Pasos (Pini, 2001):

A) La conducta del niño debe compartir las características básicas contempladas en la definición de TDAH, descrito en el Manual de Diagnóstico y estadística de la Asociación Psiquiátrica Americana.

B) Este segundo paso involucra el uso de cuestionarios a padres y maestros, estos ayudan a identificar áreas débiles del niño, sin embargo, los cuestionarios no diagnostican, sólo describen conductas.

C) El tercer paso, incluye la recolección de información objetiva o científica, concerniente a la conducta del niño, y sus áreas débiles. Contempla la observación del comportamiento del niño en el aula escolar, pruebas que se le aplican para evaluar su atención.

D) El cuarto paso, contempla la evaluación del niño en una variedad de situaciones (en el hogar, escuela y entorno social), ya que si bien la sintomatología del TDAH, no siempre se presenta con la misma intensidad o frecuencia, también es cierto que, usualmente el niño experimenta algún problema en la mayoría de las situaciones cotidianas. Si el problema solamente se manifiesta en una situación específica (por ejemplo, en casa), es muy probable, que exista otro problema precurrente en ese lugar que provoca al anterior.

E) El quinto paso el más importante, es aquí donde la evaluación debe ser tan cuidadosa para ser capaz de identificar, si los problemas que refleja el niño, son los síntomas del TDAH, o pertenecen a otro tipo de desorden.

Existen casos, en que los niños con TDAH poseen un alto coeficiente intelectual, lo cual les beneficia en el reto de las constantes demandas educativas, dificultándoles éstas en menor grado, en comparación con los niños que como ellos tienen el mismo problema, pero presentan un bajo rendimiento intelectual. No obstante aún considerándolos como niños brillantes, el TDAH siempre interfiere con su ejecución (Pini, 2001).

. El propósito de un diagnóstico, no es solamente etiquetar al niño, o bien tomar decisiones sobre un tratamiento en particular (médico netamente por ejemplo). Es decir, un solo tratamiento específico no será eficaz para eliminar los problemas o la sintomatología propia del TDAH. En primera instancia debe recordarse que este trastorno no tiene una "cura", pero sí pueden decrecerse o controlarse las inhabilidades o deficiencias que presenta el niño. Esto es posible, con un manejo efectivo, basado en la selección o varios tratamientos (psicológico, pedagógico y farmacológico) (Pini, 2001).

5.6.- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El proceso diagnóstico es complejo y, por tanto, se recomienda seguir un análisis cuidadoso y metódico en el que se incluyan los siguientes pasos propuestos por Portal y Solloa:

A. Determinar si la actividad motora excesiva que presenta el niño es efectivamente inapropiada para su edad. Se han utilizado varios instrumentos -mecánicos como actómetros y pedómetros para hacer las mediciones, pero no se correlacionan entre sí ni muestran correlaciones significativas con listas de revisión comúnmente utilizadas con padres y maestros. Una de las formas de determinar si la conducta del niño es inapropiada, es a través de la realización cuidadosa de la historia del desarrollo, en busca de evidencia que apoye la cronicidad y persistencia de los síntomas. Los datos de observación en la escuela son esenciales, pues generalmente en este ambiente tan estructurado es en donde la hiperactividad se hace más evidente.

B. Una vez que se haya determinado que las dificultades de atención y la actividad motora excesiva son inadecuadas para la edad del niño, se debe valorar si estas conductas son un reflejo de ansiedad y/o depresión.

Un niño o adolescente puede ser hiperactivo y tener dificultad para concentrarse por una variedad de razones, la causa más común puede ser ansiedad, los niños con frecuencia descargan su ansiedad a través de un aumento en la actividad motora (Solloa, 2001).

La depresión puede causar también hiperactividad, a pesar de que la depresión comúnmente se manifiesta por retraimiento, silencio, aislamiento y dificultad para concentrarse, en los niños es frecuente la depresión enmascarada que se puede mostrar a través de irritabilidad y berrinches, los niños que manifiestan su depresión de esta manera pueden parecer hiperactivos. Si hay evidencia de problemas emocionales, se deben diferenciar aquellos problemas emocionales que causan dificultad para atender, hiperactividad y bajo rendimiento académico, de los que son una consecuencia de los fracasos y frustraciones que el

niño experimenta debido a que tiene TDAH. Dado que el niño con TDAH se enfrenta continuamente a problemas en sus relaciones interpersonales y a dificultades con su rendimiento académico, puede experimentar problemas emocionales secundarios, asociados al TDAH como baja autoestima, falta de motivación, conductas agresivas y un pobre concepto de sí mismo. En estos casos los problemas emocionales son un producto del trastorno y no la causa de éste (Solloa, 2001).

Finalmente, el diagnóstico de TDAH se debe hacer con el mayor cuidado posible, sobre todo en niño cuyos padres presentan trastornos mentales como esquizofrenia o trastorno maniaco-depresivo, ya que lo anterior los coloca en situación de alto riesgo para desarrollar estos trastornos en la adultez. Se ha demostrado que en muchas ocasiones un comportamiento parecido al TDAH es precursor de estos trastornos y el tratamiento con estimulantes está contraindicado en dichos casos (Solloa, 2001).

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales establece que para efectuar el diagnóstico diferencial es necesario tomar en cuenta los siguientes parámetros:

1.- Comportamientos propios de la edad en niños activos. Al hacer el diagnóstico de TDAH, debe diferenciarse de niños inquietos y activos, estos niños tienen una actividad elevada pero dirigida a metas específicas, en cambio el exceso de actividad en niños con TDAH es desorganizado y no propositivo. También puede observarse desadaptación en la escuela cuando niños de elevada inteligencia están situados en ambientes académicamente poco estimulantes. El DSM IV aclara que la diferencia entre la actividad motora normal y la hiperactividad radica en que esta última se presenta de forma casual, pobremente organizada y sin un objetivo determinado.

2.- Retraso mental . Cuando ya hay un diagnóstico de retraso mental, se establece un diagnóstico adicional de trastorno por déficit de atención e hiperactividad sólo si los síntomas de desatención o hiperactividad son excesivos para la edad mental del niño. El diagnóstico de retraso mental tal como lo establece el DSM IV se indicaría en el eje II, y el de TDAH en el eje I.

3.- Comportamiento negativista . Los niños con un trastorno negativista pueden resistirse a realizar tareas laborales o escolares que requieren dedicación personal a causa de su renuencia a aceptar las exigencias de otros, lo que podría confundirse con TDAH. Por otro lado, algunos niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad presentan secundariamente actitudes negativistas hacia dichas tareas como una racionalización de su fracaso.

4.-Otros Trastornos Mentales. El déficit de atención con hiperactividad debe diferenciarse de los siguientes trastornos: trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastornos de la personalidad, cambio de personalidad debido a una enfermedad médica o trastornos relacionados con el uso de sustancias. En todos estos trastornos, los síntomas de inatención tienen típicamente un inicio posterior a los siete años de edad y la historia infantil de adaptación escolar no se caracteriza por comportamiento perturbado. Cuando coexiste un trastorno del estado de ánimo o un trastorno de ansiedad con un trastorno por déficit de atención con hiperactividad, debe diagnosticarse cada uno de ellos.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y problemas de aprendizaje

Ya que el TDAM con frecuencia está asociado a problemas de aprendizaje, es esencial evaluar el rendimiento académico del niño. Si el niño efectivamente tiene un bajo rendimiento y no está adquiriendo nuevas habilidades, se debe realizar una evaluación pedagógica, intelectual, psicológica y neurológica (Solloa, 2001).

August y Garfinkel (1990 citados en Solloa, 2001), explican que los lapsos de atención cortos y la dificultad para concentrarse pueden ocurrir tanto en el TDAM como en los problemas de aprendizaje, por tanto, la inatención no es una característica distintiva. Por otro lado, el bajo rendimiento académico, que es la característica principal de los problemas de aprendizaje, también aparece en un grado considerable en los niños con TDAM, por lo que tampoco se puede utilizar como un factor de diferenciación.

El que un niño presente las características del TDAM y problemas de aprendizaje tiene tres posibles explicaciones, según August y Garfinkel (1990 citados en Solloa, 2001).

- a) La inatención es una conducta no específica que surge como consecuencia de la reacción del niño a sus problemas de aprendizaje, en este caso el diagnóstico de problemas de aprendizaje es primario.
- b) La inatención puede ser el problema precursor de los problemas de aprendizaje al afectar negativamente la capacidad del niño para beneficiarse y aprovechar la instrucción académica. En este caso, el diagnóstico principal es de TDAM y el bajo rendimiento académico es secundario a éste.
- c) La última posibilidad es que el TDAM y los problemas de aprendizaje sean trastornos independientes que pueden coexistir causando dificultades adicionales y entonces se deben realizar ambos diagnósticos.

En 1982, Kinsbourne (citado en Solloa, 2001), sugirió que cada problema es primario en su propia esfera, y que ambos trastornos causan problemas escolares significativos. Sin embargo, enfatiza que es importante determinar cuál es el trastorno primario, ya que éste determinará qué tipo de tratamiento se debe utilizar.

Fenton y Wood, (1989 citados en Solloa, 2001), realizaron tres estudios para investigar las diferencias entre niños con TDAH y problemas de aprendizaje, y encontraron que el efecto del TDAH en diferentes medidas neurocognoscitivas es más complejo y abarca más variables como son: deficiencias en la percepción visual, en tareas de memoria a corto plazo y deficiencias en los procesos de análisis de la información. Por otro lado, los niños con problemas de lectura presentan deficiencias más específicas como dificultades en la fluidez verbal y en la sensibilidad fonológica. Así pues, concluyen que la presencia de TDAH no es una condición suficiente para provocar un problema de aprendizaje, ya que hay niños con TDAH que no presentan diferencias en su aprovechamiento escolar.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, y problemas de conducta

Se ha encontrado que el 40% de los niños diagnosticados con TDAH presentan también problemas de conducta. Sin embargo, existe controversia en cuanto a si el TDAH y los trastornos de conducta son realmente categorías separadas o si forman parte de una dimensión más amplia en la que se incluyen conductas agresivas, desobediencia y conducta antisocial. Esta controversia es de gran importancia teórica, empírica y clínica, sobre todo dada la alta prevalencia de tales desórdenes de conducta, así como su persistencia y la necesidad de crear categorías diagnósticas válidas.

En 1979, Quay (citado en Solloa, 2001), propuso que el TDAH es esencialmente idéntico a los problemas de conducta, por el hecho de que al hacer análisis factoriales de reactivos de hiperactividad, impulsividad e inquietud, éstos tendían a agruparse con factores de problemas de conducta. Lahay y cols. (1980) utilizaron métodos de correlación y análisis de regresión múltiple para analizar la independencia de los problemas de hiperactividad, atención y conducta en las puntuaciones de la Escala de Conners para maestros. Encontraron que las escalas de hiperactividad y problemas de conducta están altamente correlacionadas, y concluyen también que no deben existir categorías diagnósticas separadas para hiperactividad y problemas de conducta y que la categoría diagnóstica de TDA sin hiperactividad debe ser una entidad independiente de los trastornos de hiperactividad y de conducta.

A diferencia de los autores antes citados, en 1987, Minshaw, afirmó que el TDAH y los trastornos de conducta son entidades nosológicas diferentes. Explica que a diferencia del TDAH, los problemas de conducta se refieren a conductas que violan normas sociales y legales tales como mentir, robar, hacer trampa, destruir propiedad ajena, pelear, golpear o actos de vandalismo. La característica principal de este grupo, un tanto heterogéneo, son estos problemas de conducta antisocial, y no las dificultades en la atención. Minshaw realizó una revisión de todos los estudios empíricos que utilizaron análisis de factores para determinar si el TDAH y los trastornos de conducta son dos categorías diagnósticas y concluyó que:

1.- Los subgrupos de niños con TDAH y con problemas de conducta son impuros, ya que de 30 a 90% de los niños en una categoría pueden también ser clasificados en la otra.

2.- Los estudios no revelan un patrón diferente de precursores biológicos y etiológicos para las dos categorías, y hay poca evidencia de que exista una respuesta diferente al tratamiento. En estos términos, las categorías no son distintas.

3.- Existe un traslape sustancial en las categorías diagnósticas, pues la magnitud de la correlación entre los factores de atención-hiperactividad y problemas de conducta-agresión no son realmente independientes. A pesar de esto, los niños con estos desórdenes difieren en varios aspectos importantes:

*Los niños con TDAH se caracterizan por déficits cognoscitivos y académicos, están más frecuentemente fuera de la actividad del salón de clases, así como de la situación de juego.

*Los niños con problemas de conducta tienen frecuentemente padres antisociales y hostilidad en la familia.

En otra investigación, Thorley (1984), al comparar las características de un grupo de niños diagnosticados con TDAH y otro con trastornos de conducta, encontró que existen diferencias en varias características que ocurren con mayor frecuencia en cada grupo:

Síntomas de niños con TDAH	Síntomas de niños con trastorno de conducta
<ul style="list-style-type: none"> • Inquietud excesiva • Incapacidad para centrar la atención • Inmadurez • Desinhibición social • Desórdenes en la articulación • Falta de una respuesta emocional durante la evaluación • Los Síntomas han perdurado por periodos prolongados 	<ul style="list-style-type: none"> • Peleas • Agresión • Robo • Familias compuestas por uno o dos padrastros • Conducta antisocial • Desórdenes emocionales

El autor concluye que tomando en cuenta los resultados tanto de su estudio como de otras investigaciones, existe evidencia que apoya la idea de que se puede diferenciar el TDAH, el trastorno de conducta y el TDAH con trastornos de conducta. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM IV, permite realizar paso a paso el proceso aquí descrito por medio de su sistema multiaxial de diagnóstico. Por otro lado, es posible que a los ojos de los maestros la inquietud física, la dificultad para atender y la impulsividad, que son características del TDAH, sean para ellos sinónimos de un trastorno de conducta ya que se les puede dificultar distinguir cuando estas conductas son propositivas y cuando son el reflejo de la falta de control, característica de los niños con TDAH.

5.7.- PRONÓSTICO

Cantwell (1985, citado en Solloa 2001), comenta que se han postulado tres hipótesis generales relacionadas con el pronóstico para los sujetos que presentaron TDAH en la niñez:

1.-Hipótesis de inmadurez en el desarrollo. Sugiere que la mayoría, si no es que todos los niños con TDAH, al crecer dejan de presentar los síntomas básicos del síndrome.

2.-Hipótesis de manifestación continua. Esta hipótesis sugiere que los síntomas básicos del TDAH persisten de una forma modificada en la adolescencia.

3.-Hipótesis de detenero en el desarrollo. Esta teoría postula que el síndrome del TDAH en la infancia predispone a la aparición de otros trastornos psiquiátricos, tales como personalidad antisocial, alcoholismo, trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, síndrome de Tourette y algunos subtipos de esquizofrenia.

Es necesario tener en cuenta que el curso y el pronóstico dependen también de los recursos del niño, es decir de su capacidad intelectual, de su medio familiar, de la severidad de los síntomas, de la presencia de conductas agresivas y de su nivel socioeconómico, aspectos que tendrán una influencia importante en el curso del desarrollo del niño con TDAH (Solloa 2001).

En 1985, Weiss (citado en Solloa 2001), reportó que los estudios sobre el pronóstico, a pesar de provenir de diferentes contextos y con poblaciones heterogéneas, demuestran resultados similares. Indica que los síntomas esenciales del TDAH continúan presentándose en 50 a 80% de los adolescentes, además, la baja autoestima, el pobre logro académico y la conducta antisocial son relativamente comunes, se presentan en 10 a 50% de los sujetos. Las conclusiones de estudios con adultos también sugieren que la mayoría no presenta psicopatología sena, pero cerca de 50% continúan manifestando uno o más síntomas de TDAH. El diagnóstico de personalidad antisocial o conductas antisociales ocurren en 10 a 50% de los adultos con TDAH.

En 1985 Weiss, reportó que muchos adolescentes con TDAH presentan también conducta antisocial, encontró que 23% de los niños con TDAH recibieron en la adultez el diagnóstico de personalidad antisocial, mientras que en el grupo control sólo 2% recibió este diagnóstico. Por su parte, en 1985, Gittleman y col. (citado en Solloa 2001), propusieron que cuando la hiperactividad persiste en la adolescencia, la probabilidad de desarrollar conducta antisocial es cuatro veces mayor.

Los datos sobre el abuso de sustancias son menos precisos, en 1985, Gittleman y col; reportaron que dos terceras partes de los pacientes adolescentes que continúan manifestando TDAH y que además desarrollan trastornos de conducta, presentan abuso de alcohol o drogas.

En el área académica, el adolescente con TDAH generalmente se encuentra rindiendo dos años por debajo del resto de sus compañeros y no hay evidencia de que un tratamiento temprano con estimulantes altere su ejecución académica posterior. Este retraso puede ser el resultado del problema neuropsicológico subyacente de un desorden en la adquisición de información debida a los síntomas del TDAH, o bien a la incapacidad para desarrollar estilos y estrategias de aprendizaje efectivos. El uso de sustancias y la delincuencia se explican por la combinación de factores biológicos y ambientales. Finalmente las manifestaciones conductuales tempranas de las que se puede inferir la presencia de TDAH junto con

conductas agresivas, se asocian significativamente a problemas educativos, de salud mental y de conducta en la adolescencia (Solloa 2001).

Se ha considerado que el niño con TDAM a menudo evoluciona a ser un adulto antisocial, lo que causa gran preocupación a la sociedad, por ello el detectar subtipos de este trastorno es de suma importancia, ya que por una parte permite identificar grupos de alto riesgo, lo que es esencial para la prevención. El hecho de que los niños con TDAM presenten problemas de conducta, tiene implicaciones importantes para el pronóstico. Se ha hablado mucho sobre las consecuencias negativas de los problemas de conductas en el desarrollo emocional y social del niño (Solloa 2001).

Cantwell (1987, citado en Solloa 2001), señala que la conducta rebelde y agresiva es un mejor indicador del pronóstico, que las conductas propias del TDAM, e incluso algunas investigaciones han encontrado que en la adolescencia hay una alta incidencia de conducta antisocial y abuso de sustancias que se exacerban en aquellos sujetos que en la niñez manifestaron TDAM junto con problemas de oposicionismo y de conducta. De allí la importancia de detectar y dar tratamiento temprano a estos problemas como una forma de prevención.

5.8.-TRATAMIENTO

Dada la diversidad, profundidad y cronicidad de los problemas conductuales asociados al TDAM, se requiere de la implementación de una gran variedad de tratamientos en diferentes contextos. Es necesaria la intervención de profesionales de distintas disciplinas como: neurólogos, psicólogos, trabajadores sociales y maestros de educación especial. Cada uno aporta su experiencia para abordar problemas específicos. Como se ha mencionado anteriormente, no existe cura para el TDAM, de allí que los tratamientos más efectivos están enfocados a reducir los síntomas. Hay evidencia de que la terapia multimodal por periodos largos reduce el riesgo de un pronóstico negativo en la adolescencia y la adultez. El tratamiento debe también tomar en cuenta a la familia y a los maestros en el manejo del niño, por tanto la meta de la terapia es afrontar más que curar y se requiere de intervenciones periódicas para guiar al niño a través de los distintos periodos problemáticos de su desarrollo. Las principales conductas que requieren de intervención son: los periodos cortos de atención, la impulsividad o falta de autocontrol y la desobediencia. Hasta este momento, las intervenciones que han demostrado ser más efectivas son: farmacoterapia, modificación conductual, tratamiento cognitivo-conductual y orientación a padres (Solloa 2001).

Tratamiento Farmacológico:

Muchos autores apoyan la idea de que el uso adecuado de medicamentos, suele ser indispensable en el tratamiento multidisciplinario que requiere el niño con TDAH. Más aún se dice que las investigaciones científicas y la experiencia señalan como un hecho indudable que la psicofarmacología, juiciosamente aprovechada, es una valiosa modalidad de terapia dentro del tratamiento integral del niño y del adolescente que sufren trastornos de la conducta o problemas psicopatológicos más específicos (Campbell y cols, 1982).

En primera instancia hay que reconocer como un indudable hecho que los psicofármacos más que nada sirven para controlar y reducir los síntomas, y no desaparecerán el problema del TDAH (Freyhan, 1970, Goldstein y Goldstein, 1992, citados en Velasco 1976).

Así pues, los medicamentos no curan, en el sentido estricto del término. En cambio, si modifican conductas y funciones, lo que suele permitir la acción de otras medidas terapéuticas y mejorar las respuestas negativas que el niño exhibe ante los estímulos habituales. Debe ser un profesional y especialista el encargado del tratamiento médico (Pini, 2001).

El uso de estimulantes en el tratamiento del TDAH ha sido muy estudiado, más del 70% de los niños con TDAH que son tratados con medicamentos muestran mejoras conductuales de acuerdo con cuestionarios aplicados a padres y maestros, pruebas de ejecución en laboratorio y observaciones directas. Existe una gran cantidad de fármacos en el mercado, cada tipo actúa sobre el cerebro de manera diferente y se pueden dividir en dos categorías: estimulantes y antidepresivos. Los estimulantes incrementan el nivel de alerta del sistema nervioso central dada su estructura similar a ciertos neurotransmisores del cerebro y se los llama "agentes simpatomiméticos". Los tres estimulantes más comúnmente usados para el tratamiento de TDAH son el clorhidrato de metifenidato (Ritalin), la anfetamina (Dexedrina) y la pemolina (Cylert). Entre los antidepresivos, el más utilizado es la imipramina (Toframil) y se recomienda cuando por alguna razón los estimulantes están contraindicados. Los efectos colaterales más frecuentes son pérdida de apetito e insomnio, otros síntomas relacionados con los estimulantes son síntomas somáticos como inhibición del crecimiento e incremento en el ritmo cardíaco. Sin embargo estos últimos se presentan en un número reducido de casos. En general, la frecuencia y severidad de los efectos colaterales dependen de la dosis y pueden disminuir al reducir ésta o con el paso del tiempo. Otros niños experimentan dolores abdominales y de cabeza, síntomas que normalmente desaparecen si se disminuye la dosis o si se cambia de estimulante. Algunos niños reaccionan con tics nerviosos como el morderse las uñas o los labios, inclusive, existe riesgo de producir el síndrome de la Tourette en ciertos pacientes, sobre

todo en niños con niveles altos de ansiedad y con una historia previa de tics nerviosos (Solloa 2001).

Algunos estudios demuestran que los niños con TDAH medicados con estimulantes observan un marcado incremento en la atención y una disminución de la impulsividad y en el nivel de actividad, especialmente en situaciones estructuradas que normalmente conducen a comportamientos inadecuados. Los efectos de los estimulantes en las funciones cognoscitivas y en la memoria son positivos, pareciera ser no tanto por alguna propiedad de la medicina, sino más bien por el incremento en la atención.

Godow y cols. (1983 citados en Solloa 2001), señalan que la medicación con estimulantes tiene efectos positivos en los niños con TDAH, especialmente en la actividad dirigida a metas, en medidas de atención, estilo cognitivo y en las interacciones del niño con sus padres. Sin embargo, otras áreas como la ejecución académica, pruebas de rendimiento y relación con compañeros, generalmente requieren de otras formas de intervención.

Un reto que se han impuesto muchos investigadores es el poder pronosticar qué niños se beneficiarían del uso de los estimulantes y cuáles no. Todavía es difícil predecir cómo va a responder un niño a un medicamento, pero sí se ha encontrado que en general los niños de seis años en adelante responden más positivamente al efecto de los estimulantes que los menores de cinco años, además cabe mencionar que para los niños menores de tres años, los estimulantes están contraindicados. En el caso de los niños tensos, miedosos o ansiosos se han visto mejores resultados usando un antidepresivo tricíclico como la imipramina (Solloa 2001).

Los antidepresivos tienen la ventaja que no producen irritabilidad como los estimulantes, más aún después de varias semanas de uso, producen una mejoría en el estado de ánimo, inclusive parecen producir las mismas mejorías cognitivas que los estimulantes con menos efectos secundarios (Solloa 2001).

En resumen el tratamiento farmacológico no tiene efectos terapéuticos a largo plazo, pues los efectos de la medicina dejan de existir una vez que la sustancia es eliminada del organismo. Como se explicó antes, no todos los niños se benefician del tratamiento farmacológico, algunos no obtienen resultados y para otros los efectos secundarios son demasiado severos. Por estos motivos es de suma importancia considerar otras estrategias de intervención no farmacológicas en el tratamiento del TDAH (Solloa 2001).

Tratamiento Psicológico

Los padres de los niños con el trastorno, generalmente hacen preguntas en relación con las causas de éste, el uso del medicamento, el pronóstico, la conducta que deben seguir con su hijo, etc. El hecho de recibir apropiadamente estas respuestas, trae intrínseco un fin terapéutico útil. Debido a que la mayoría de las veces los padres se responsabilizan de los problemas de conducta del niño, es conveniente un manejo adecuado de los sentimientos de culpabilidad que suelen generarse. Cuando se entiende bien que el niño no puede reaccionar como es deseable, porque está sujeto tanto a impulsos interiores como a respuestas incontrolables de su sistema nervioso, ante los estímulos que proceden del exterior, se está en mejores condiciones de evitar la angustia propia y la culpa generada por una hostilidad, algunas veces, dirigida al niño (explicable, pero no justificable) (Pini, 2001).

En resumen, si se da una explicación a los padres sobre las causas del diagnóstico, por un lado, se combate la hostilidad contra el niño y, por otra parte, se desvanece o decrementa el sentimiento de culpabilidad de los padres. Otro aspecto, en que debe trabajar el Psicólogo, es que los padres lleguen a reconocer los sentimientos del niño y aceptarlos. Estarán así en mejor posibilidad de a su vez, enseñar a su hijo que una cosa son los sentimientos, siempre aceptables y otra distinta las acciones que pueden no serlo. Es natural que el niño se autoculpe menos, si sabe que sus pensamientos no lo convierten en un niño "malo", a los ojos de los demás, en especial ante sus padres. Este aspecto, dentro del tratamiento psicológico del niño con TDAH, cobra mayor importancia, ya que debido a la sintomatología tan peculiar, su vida gira alrededor de la angustia, ansiedad, castigo y culpa (Pini, 2001).

El niño con TDAH, necesita congruencia y consistencia en su manejo conductual, en ambas situaciones, tan importantes para cualquiera en su desarrollo general e integral. El Psicólogo encargado del tratamiento, debe contemplar técnicas que le ayuden al niño a desarrollar habilidades sociales, que repercuten directamente en la autoestima del niño. Debe hacerle conocer sus aptitudes y motivarle para que se sienta orgulloso de ellas, así mismo enseñarle cuáles son sus deficiencias y cómo puede trabajar para decrementarlas y/o controlarlas. Como puede observarse, el papel que desarrolla el Psicólogo o terapeuta con el niño con TDAH, realmente reviste de gran importancia para tratar la sintomatología del trastorno (Pini, 2001).

Modificación Cognitiva-Conductual

Es un tratamiento actual y muy utilizado que parte del trabajo de Luna y Vigotski, quienes sugirieron que los niños en el curso del desarrollo, aprenden a controlar su conducta utilizando verbalizaciones autodingidas. Según su teoría el niño se socializa y gana autocontrol respondiendo a las instrucciones de otros y después en una forma abreviada usa "autoinstrucciones" para guiar y controlar su propia conducta.

El objetivo terapéutico de esta estrategia es la modificación mediante el hablarse a uno mismo (self-talking) de las cogniciones que preceden y acompañan a la conducta. Aplicada a los niños con TDAM, esta estrategia está dirigida a suprimir las respuestas impulsivas, a aumentar la capacidad de mantener la atención y facilitar el automonitoreo y el autorreforzamiento (Hinsghaw y cols 1991 citados en Solloa 2001). La secuencia de este tratamiento es la siguiente:

- 1.-Selección de una tarea.- El terapeuta escoge una tarea que requiera atención y algún tipo de estrategia sistemática para ser realizada.
- 2.-Modelamiento cognitivo.- El terapeuta realiza la tarea en lo que se habla a sí mismo en voz alta explicando el problema y las estrategias que está usando.
- 3.-Asesoramiento externo abierto.- El niño realiza la tarea en la que el terapeuta lo dirige.
- 4.-Verbalización autodingida abierta.- El niño realiza la tarea dirigiéndose a sí mismo en voz alta.
- 5.-Modelamiento de verbalización autodingida abierta.-El terapeuta se autoinstruye en el procedimiento de la tarea en voz baja.
- 6.-Ensayo por parte del niño de la verbalización autodingida abierta.-El niño vuelve a realizar la tarea, esta vez autoinstruyéndose en voz baja.
- 7.-Modelamiento de autoinstrucciones encubiertas.- El terapeuta mueve sus labios, pone cara de que está pensando, revisa las alternativas apuntando con el dedo a cada una de ellas.
- 8.-Practica en darse autoinstrucciones en voz baja.- El niño realiza la tarea autoinstruyéndose con lenguaje interno. Tiene que pensar los pasos que hay que seguir para realizar la tarea.

En 1977 Michenbaum (citado en Solloa 2001), sugirió que el entrenamiento en autoinstrucciones se debe complementar con estrategias como costo de respuestas y monitoreo cognitivo. En la primera el niño pierde reforzadores previamente ganados cada vez que exhibe una conducta no aceptable. Obviamente esta estrategia debe ser complementada con estrategias de reforzamiento directo de conductas deseables. La adición de la estrategia de costo de respuesta al programa cognitivo es de suma importancia y altamente recomendada para lograr un tratamiento cognitivo-conductual realmente integrado que puede proveer al niño de ayuda tanto con sus problemas conductuales como con sus problemas de atención. El terapeuta enseña a los niños con TDAH a generar e implementar autoinstrucciones que le ayudarán a resolver problemas en forma independiente, mejorando a la vez sus lapsos de atención y reduciendo la impulsividad.

Otro modelo de intervención de la línea cognitiva está basado en la premisa de que los niños hiperactivos tienden a tener un estilo atribucional externo, sienten que lo que les sucede se debe a factores externos a ellos que son incontrolables. Muchos niños en tratamiento farmacológico le atribuyen sus logros personales al fármaco, por esto es importante modificar su estilo atribucional, es decir que logren atribuir las causas de sus fracasos y éxitos a factores internos y controlables. El sistema de Reid y Borowski (1978, citado en Solloa 2001), consiste en precisar el estilo atribucional del niño, específicamente a qué le atribuye los éxitos y los fracasos y a través de un diálogo estructurado con el terapeuta y a lo largo del tratamiento, el niño irá aprendiendo la importancia que tiene el atribuirse tanto los éxitos como los fracasos a factores controlables como el esfuerzo y el uso de estrategias de autocontrol.

A través de la investigación se ha encontrado que ciertas características individuales influyen en la efectividad del entrenamiento de Modificación cognitivo-conductual. Dentro de éstas están: la edad del niño, su nivel de madurez cognitiva, su nivel de desarrollo del lenguaje, el locus de control y la calidad de la relación entre el niño y el terapeuta (Solloa 2001).

Terapia de Integración Sensorial

Debido a que la hiperquinesia se ha considerado como el primer signo de una deficiencia integrativa sensorial, Ayres (1979), diseña una terapia denominada integrativa sensorial con el propósito de estimular al niño a corregir esta disfunción. La idea central de esta terapia es promover y controlar la entrada de información sensorial, (especialmente la del sistema vestibular muscular, óseo y cutáneo) con la intención de ayudar al niño a controlar esta información y como resultado de esto calmar y organizar su nivel de actividad. Para ello la terapia de integración sensorial cuenta con técnicas e instrumentos tales como el cepillado de la piel, patinetas y columpios para estimular al niño dentro de un ambiente controlado acorde a sus necesidades. La respuesta a la estimulación vestibular y

propioceptiva recibida a través de esta terapia sirve de base para otras respuestas más complejas que no sólo remitirán en mejoras motoras o de percepción corporal, sino que también se verán reflejadas en beneficios académicos y sociales (Villanno, 1998).

Orientación y entrenamiento a padres

Como en cualquier otro trastorno, es importante estar en contacto con los padres para tener una aproximación más completa en el tratamiento. Según Dubey y cols. (1982 citados en Solloa 2001) la educación de los padres es un prerrequisito para el manejo conductual exitoso del niño, es esencial que el terapeuta esté capacitado para brindar información actualizada y sencilla sobre el trastorno, sus causas, sus manifestaciones, su curso y su tratamiento, así como para orientar y entrenar a los padres en técnicas de manejo conductual, y que en casos que lo requieran, pueda referir a los padres a centros de terapia familiar o de pareja. Es importante que el terapeuta conozca otras modalidades de tratamiento, en especial acerca de tratamiento farmacológico, para que en caso de que su paciente esté medicado pueda brindar apoyo y orientación a los padres en este sentido.

Un ejemplo de estos programas para padres de niños con TDAH, es el desarrollo por Du Paul y cols. (1991 citado en Solloa 2001), que consta de nueve sesiones, las cuales pueden ser individuales o en grupo. La duración de cada sesión es de una hora y media a dos horas. Cada sesión sigue una secuencia similar, primero se revisa la información proporcionada en la sesión anterior, se conversa sobre las dificultades que se presentaron durante la semana y se supervisan las tareas que se hayan dejado. Después de esto, el terapeuta introduce la nueva información. La sesión concluye con retroalimentación y asignación de una nueva tarea.

Otras Terapias

Manejo del niño con TDAH en el salón de clases

Como ya se revisó antes, se ha postulado una posible relación entre nutrición y comportamiento hiperactivo, pero la relación específica no se ha clarificado. Esto ha dado lugar a que se propongan dietas y cambios en la alimentación para modificar los síntomas. Se ha propuesto que dosis masivas de ciertas vitaminas ayudará a reducir los síntomas. Algunos investigadores y pediatras son de la idea de que la hiperactividad se debe a una reacción alérgica a ciertas comidas, especialmente el azúcar y los aditivos en la comida preparada comercialmente. Parece que igualmente la idea de muchos investigadores, psicólogos y pediatras es que una dieta más natural, baja en azúcar y comidas comerciales, no sólo ayuda a mantener la salud de los niños sino que ayuda (no

remplaza), a los tratamientos farmacológicos y conductuales para aliviar los síntomas del TDAH (Solloa 2001).

Una de las situaciones más problemáticas para los niños con TDAH es la escuela. Es evidente que los requerimientos como: permanecer sentado, permanecer quieto, terminar el trabajo, son estándares muy difíciles de lograr para estos niños, quienes típicamente exhiben conductas como estar fuera de su lugar o no realizar las tareas asignadas, molestar a otros niños, jugar con sus útiles, etc. En cuanto a su desempeño académico, por lo general no terminan sus trabajos a tiempo o si los terminan, están hechos precipitadamente y con muy poco cuidado. En el patio de juego, los problemas típicos de interacción surgen debido a la inmadurez del niño y a su egoísmo, además, otras conductas agresivas son frecuentes, debido a sus déficits en la atención y en el control de impulsos. Numerosos procedimientos, en cuanto a modificación de conducta, han sido empleados para mejorar la conducta de los niños con TDAH dentro del salón de clases. Los lineamientos generales que se plantearán a continuación deben ser tomados en cuenta por el maestro que tiene en su grupo uno o varios niños con este trastorno (Solloa 2001):

1.-Es importante que el niño esté sentado cerca del maestro, de tal forma que éste pueda dar una retroalimentación continua y tener un monitoreo cercano del alumno. Los niños con TDAH requieren de una retroalimentación específica y más frecuente que sus demás compañeros de clase .

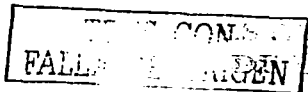
2.-Cuando las labores académicas sean extensas y largas deben ser divididas en unidades de trabajo breves, con el fin de disminuir el exceso de imposición en la atención del niño.

3.-Es conveniente pedir al niño que repita las instrucciones, para estar seguros de que las entendió, y además, cuando sea posible, alternar diferentes tipos de asignaturas.

4.-Es conveniente que el maestro canalice la actividad física del niño en tareas productivas a través de "ayudas al maestro".

5.-En general, se pueden usar actividades prefendas como el recreo y el acceso a la computadora como reforzadores. Las recompensas específicas empleadas deben ser vanadas y rotarlas frecuentemente, para prevenir el aburrimiento o la saciedad.

Es importante que los profesores conozcan y entiendan las áreas de incapacidades para aprender, que presenta el niño con TDAH, así como sus habilidades. Cualquier medida o estrategia que mejore la conducta del niño con TDAH, repercutirá favorablemente en las relaciones con el profesor y los demás estudiantes, y todo el grupo resultará beneficiado, de ahí la importancia de que el



RESERVA DE DERECHOS
LA BIBLIOTECA

maestro sepa cómo debe proceder y cuál es la actitud más conveniente (Pini, 2001).

Tratamiento Psicodinámico

Según la investigadora Weiss, el tratamiento psicodinámico no ha sido muy utilizado en el caso de niños hiperactivos. Las investigaciones indican que en la terapia a corto plazo los niños hiperactivos mejoran menos que aquellos que sufren de ansiedad o depresión. La Doctora recomienda que se desarrollen métodos dentro de la corriente psicodinámica para tratar niños hiperactivos, específicamente para ayudarlos a entender su propio trastorno y a tener confianza en sí mismos para que de esta manera puedan cambiar y sentirse comprendidos por alguien.

5.9.- PREVENCIÓN

Las medidas de prevención se refieren a la formulación de estrategias que se elaboran tanto en el aspecto individual como familiar y social, es decir, tomar en cuenta los antecedentes hereditarios de cada familia. Si tienen ya un cierto número de hijos que se reflexione sobre si es posible y conveniente engendrar más, así como alimentarlos y educarlos, y sobretodo cuando existen antecedentes que son factores de riesgo, como alteraciones en los padres y/o hijos. Reflexionar sobre los eventos prenatales, trasnatales y postnatales a fin de controlar al máximo variables como: tensión arterial, infecciones, hipoxia y traumatismos entre otros (Mendoza, 2000).

Los niños con trastornos de atención e hiperactividad tienen que enfrentar muchas dificultades desde problemas cognoscitivos y emocionales hasta adaptaciones sociales según Romero Morales (1981, citado en Verdusco 1992). Estos niños, a través de sus experiencias van aprendiendo cómo son vistos y tratados de acuerdo a sus habilidades y características personales, con lo cual se van formando una imagen de sí, la cual les sirve de guía para sus acciones. Por lo tanto si la imagen que se les refleja es negativa, como generalmente ocurre, pueden llegar a conclusiones negativas sobre sí mismos las cuales pueden convertirse en fuertes barreras para un desarrollo sano según lo menciona Coopersmith (1981), ya que es difícil que un niño con tales características encuentre un medio lo suficientemente bien definido y aceptante que le permita llegar a una apreciación integrada de sus habilidades y de cómo es aceptado.

CAPÍTULO 6

MÉTODO

6.1.- PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En nuestro país los estudios o las investigaciones sobre trastornos por déficit de atención e hiperactividad, son de suma importancia, ya que es un diagnóstico que con gran frecuencia se encuentra en los servicios de Psiquiatría.

En la práctica profesional se demuestra que generalmente los niños que presentan trastornos por déficit de atención e hiperactividad, obtienen poca gratificación como resultado de su comportamiento y de su trabajo y con frecuencia son etiquetados como "flojos", "latosos" ó "groseros", tanto en su casa como en la escuela, y esto trae como consecuencia que además de su problema básico (TDAH), muestren inseguridad y baja autoestima, aunado a dicha situación. De lo anterior se desprende que con esta baja autoestima basada principalmente en una imagen defectuosa, el niño se conducirá ineficazmente en su entorno familiar y social. Así mismo la conducta impulsiva promueve un conjunto de reacciones que socavan su autoestima y le dan un sentimiento de pérdida de control para hacer frente a las demandas de un medio hostil para él, al reaccionar con diferentes conductas por ejemplo gritar, golpear ó volverse meloso ó adoptar conductas infantiles, siendo dichas conductas en su mayor parte defensivas (Verduzco 1992). Por otro lado Coopersmith (1976), encontró que madres con hijos con autoestima alta tienden a clasificarse a sí mismas más alto en su autoestima, y son emocionalmente más estables que las madres de sujetos de autoestima baja, confían más en sus actitudes y acciones sobre la maternidad, siendo más capaces de aceptar su rol de madres de forma realista y eficiente, son más amorosas y tienen relaciones estrechas con sus hijos.

Tomando en cuenta lo anterior, surgió el interés de hacer una investigación que analizará la autoestima en dos poblaciones con características muy particulares y así elaborar un programa de orientación para madres. De lo cual se desprenden las siguientes preguntas de investigación:

¿Existen diferencias en la autoestima de madres con hijos con déficit de atención e hiperactividad y madres con hijos con buen rendimiento escolar?

¿Existen diferencias en la autoestima de niños con déficit de atención e hiperactividad y niños con buen rendimiento escolar?

¿Existe relación entre la autoestima madre-hijo con déficit de atención e hiperactividad y la autoestima madre-hijo con buen rendimiento escolar?

6.2.- FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

Hipótesis de Trabajo

- 1.- Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de autoestima obtenido a través del cuestionario de autoestima de Vite San Pedro (1986), en madres con hijos con déficit de atención e hiperactividad y madres con hijos con buen rendimiento escolar.
- 2.- Existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en los diferentes factores que conforman la prueba: Autoestima negativa, Antecedentes familiares de la autoestima, Autoestima y dependencia social de la autoestima, Autoestima positiva como madre, Autoconcepto negativo y Dependencia social de la autoestima como madre, en madres con hijos con déficit de atención e hiperactividad y madres con hijos con buen rendimiento escolar.
- 3.-Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de autoestima obtenido a través del inventario de autoestima de Coopersmith (1967) en niños con déficit de atención e hiperactividad y niños con buen rendimiento escolar.
- 4.- Existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas en las diferentes escalas que conforman la prueba: escala Social, Escolar, Hogar, Self General y deseabilidad Social, en niños con déficit de atención e hiperactividad y niños con buen rendimiento escolar.
- 5.-Existe una relación estadísticamente significativa entre la autoestima madre-hijo con déficit de atención e hiperactividad.
- 6.-Existe una relación estadísticamente significativa entre la autoestima madre-hijo con buen rendimiento escolar.

Hipótesis Nula

- 1.-No existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de autoestima obtenido a través del cuestionario de autoestima de Vite San Pedro (1986), en madres con hijos con déficit de atención e hiperactividad y madres con hijos con buen rendimiento escolar.

2.- No existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en los diferentes factores que conforman la prueba: Autoestima negativa, Antecedentes familiares de la autoestima, Autoestima y dependencia social de la autoestima, Autoestima positiva como madre, Autoconcepto negativo y Dependencia social de la autoestima como madre, en madres con hijos con déficit de atención e hiperactividad y madres con hijos con buen rendimiento escolar.

3.- No existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de autoestima obtenido a través del inventario de autoestima de Coopersmith (1967) en niños con déficit de atención e hiperactividad y niños con buen rendimiento escolar.

4.- No existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas en las diferentes escalas de la prueba: Social, Escolar, Hogar, Self General y deseabilidad Social, en niños con déficit de atención e hiperactividad y niños con buen rendimiento escolar.

5.- No existe una relación estadísticamente significativa entre la autoestima madre-hijo con déficit de atención e hiperactividad.

6.- No existe una relación estadísticamente significativa entre la autoestima madre-hijo con buen rendimiento escolar.

6.3.- VARIABLES

V.D.- Autoestima

V.I.- Déficit de Atención con Hiperactividad
Buen rendimiento escolar.

Conceptual :

V.D.- Autoestima.- Silvia Vite San Pedro (1986), menciona que "La autoestima se relaciona estrechamente con el autoconcepto o self, puesto que se puede decir que toda persona tiene un conjunto de cogniciones y sentimientos hacia sí mismo que es lo que constituye el concepto personal, autoconcepto o autoimagen. En este sentido, la autoestima se puede considerar como la propia satisfacción con el autoconcepto o autoimagen. El concepto de sí mismo (self) se define como las actitudes, los sentimientos, y las percepciones de una persona hacia sí misma, así toda persona tiene un conjunto de cogniciones y sentimientos hacia sí mismo, esto es lo que constituye lo que conocemos como el concepto personal o autoconcepto. La autoestima es la propia satisfacción con su autoconcepto".

V.1.- Trastornos por Déficit de atención y comportamiento perturbador

1.- Se puede considerar que una persona presenta trastornos por déficit de atención con hiperactividad cuando se manifiestan seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención cuya persistencia se ha dado durante por lo menos 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

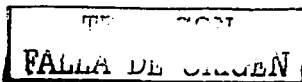
Desatención

- (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 (por ejemplo 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

- (a) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- (b) A menudo tiene dificultades para guardar turno.
- (c) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos).

V.1.- Buen rendimiento escolar: Se estima buen rendimiento al máximo incremento entre el test inicial y el test final de una prueba de ejecución. El incremento es a su vez directamente proporcional a las pruebas falladas y al intervalo del tiempo empleado por el sujeto. El mayor rendimiento corresponde en definitiva al máximo resultado con el mínimo esfuerzo, al actuar rápidamente y bien. (Larroyo, 1982)

Operacional :

V.D.-Autoestima: Conjunto de respuestas que da la madre y el niño a los reactivos del cuestionario de autoestima de S. Vite San Pedro (1986), y de Coopersmith (1967).

V.1.-Déficit de Atención con Hiperactividad : Diagnóstico proporcionado por el Paidopsiquiatra del Hospital Juan N. Navarro.

V.1.-Buen rendimiento escolar: Promedio general en las calificaciones escolares de 8 ó más .

6.4.- SUJETOS

Participaron en el estudio 62 diadas de madre-hijo, 32 son madres con hijos con buen rendimiento escolar y 30 son madres con hijos con déficit de atención e hiperactividad.

Con respecto a la muestra de las madres con hijos con déficit de atención e hiperactividad y sus respectivos hijos, fueron seleccionados del área de Psicología del hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", conforme a los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

La muestra de madres con hijos con buen rendimiento escolar y sus hijos, se seleccionaron de escuelas primarias públicas, también conforme a los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión

- Grupo de Parejas de Madre - hijo con déficit de atención e hiperactividad:

Ψ Madres que su hijo o hija presentaron el diagnóstico de déficit de atención e hiperactividad en su expediente proporcionado por el hospital.

Ψ Madres alfabetizadas que estuvieron dispuestas a cooperar en la investigación .

Ψ Niños ó niñas con diagnóstico de déficit de atención e hiperactividad en su expediente proporcionado por el hospital.

Ψ Niños ó niñas que asistan por primera vez al área de Psicología:

- Paciente canalizado por el Psiquiatra para realizar estudio Psicológico
- Paciente de primera vez en terapia individual ó grupo terapéutico
- Paciente seleccionado de la agenda del Psiquiatra

Ψ Niños ó niñas entre 8 y 12 años de edad

Ψ Niños ó niñas con un coeficiente intelectual de Normalidad 90 - 109, para ello se utilizó la prueba de WISC-R para controlar esta variable .

Ψ Niños ó niñas con déficit de atención e hiperactividad con bajo rendimiento escolar.

Ψ Niños ó niñas que estuvieran en tratamiento farmacológico

-Grupo de Parejas de Madre - Hijo con buen rendimiento escolar:

Ψ Madres que su hijo o hija presentaron buen rendimiento escolar, promedio de 8 ó más de promedio.

Ψ Madres alfabetizadas que estuvieron dispuestas a cooperar en la investigación .

Ψ Niños ó niñas con buen rendimiento escolar, con 8 ó más de promedio.

Ψ Niños ó niñas entre 8 y 12 años de edad.

Ψ Niños ó niñas con un coeficiente intelectual de Normalidad 90 - 109, para ello se utilizó la prueba de WISC-R para controlar esta variable .

Criterios de Exclusión

Aun cuando presentaran las características anteriores en los dos grupos, se excluyó a aquellas diadas madre-hijo que acudieran a terapia Psicológica alguno de sus miembros, así mismo a los niños que presentaran indicadores de alteración a nivel cerebral, esto se controló a través del Bender.

También se excluyeron los niños de buen rendimiento escolar que presentaran síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, esto se determinó a través de los criterios diagnósticos del DSM IV.

6.5.- MUESTREO

El muestreo es no probabilístico de tipo intencional, ya que los dos grupos fueron elegidos de acuerdo a ciertas características.

6.6.- TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio de la presente investigación se considera de campo, comparativo, ya que se determinó si existen diferencias entre los dos grupos, así mismo es transversal pues se realizó en un determinado momento; y Expost-facto ya que no se introdujo ningún tratamiento o factores modificadores, únicamente se observó las características de la muestra.

6.7.- DISEÑO

Para propósitos de esta investigación se utilizó un diseño de dos muestras independientes.

6.8.- INSTRUMENTOS

Se utilizó una escala de tipo Likert construida por Vite San Pedro (1986), la cual consta de 120 reactivos con cinco categorías de respuesta que va desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo, las cuales muestran actitudes, creencias, sentimientos y tendencia al comportamiento con respecto a la autoestima. La escala está fundamentada en el concepto de autoestima desarrollado por Coopermith (1967) y en la teoría de Laing (1973), con base a la cual se puede afirmar que la autoestima no sólo reside hacia uno mismo, sino que además se incluye el valor que los otros le atribuyen al individuo.

La escala cuenta con doce factores:

- 1.-Autoestima negativa
- 2.- Antecedentes familiares de la autoestima
- 3.-Autoestima y dependencia social de la autoestima
- 4.-Autoestima positiva como madre
- 5.-Autoconcepto negativo
- 6.-Dependencia social de la autoestima como madre
- 7.-Autoestima negativa como esposa
- 8.-Autoestima como ama de casa
- 9.-Autoestima positiva como esposa
- 10.-Dependencia social de la autoestima como ama de casa

- 11.-Trabajo positivo
- 12.-Trabajo negativo

Para fines de esta investigación se trabajó con 52 reactivos (anexo!), los cuales se encuentran conformados en los primeros 6 factores, y se eliminaron los 6 factores restantes de la escala original, dado que los reactivos que miden autoestima como esposa, como ama de casa y como trabajadora no son parte de las variables de esta investigación. También se les aplicó un cuestionario de datos generales y desarrollo de su hijo.

Por lo cual la escala quedo conformada por los siguientes factores:

Factores	Reactivos
1.-Autoestima negativa	9,13,15,18,30,31,36,44,46,50,51
2.- Antecedentes familiares de la autoestima	1,2,3,4,5,6,7,8,10,11,12,14,16,17
3.-Autoestima y dependencia social de la autoestima	19,24,27,28,29,32,33,34
4.-Autoestima positiva como madre	35,38,39,41,42,43,47,49
5.-Autoconcepto negativo	20,22,23,25,26,31
6.-Dependencia social de la autoestima como madre	21,37,40,45,48,52

Por lo que respecta a los niños se les aplicó la versión en español del inventario de Autoestima de Coopersmith (1967) (Anexo2), el cual consta de 58 reactivos agrupados en diferentes escalas: Deseabilidad social, Escolar, Self general y Hogar. Los reactivos se responden de forma dicotómica, la calificación total se obtiene sumando los puntajes de los 50 reactivos que corresponden al área de autoestima (social, escolar, familiar, self general) y se multiplican por 2 para dar una puntuación global sobre 100, lo que da el puntaje total .

La validez y confiabilidad de este instrumento han sido ampliamente estudiadas Kokenes (1973, 1974, 1978), Coopersmith (1982), Jonson (1983), Robertson (1986), Kozeluk y cols. (1990). En el caso de México, este instrumento ha sido traducido y aplicado a población infantil mexicana con buenos resultados en cuanto a su validez y confiabilidad (Verduzco y col. 1989).

Como resultado de la validación del instrumento, los autores sugieren que no se apliquen los reactivos 8, 17, 32, 35, 37 y 57, por no ser válidos para niños mexicanos por cuestiones culturales. Sin embargo, para mantener la confiabilidad y validez del instrumento, se aplicó el inventario completo en esta investigación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Escalas	Reactivos
Deseabilidad Social	6, 13, 20, 27, 34, 41, 48, 55
Social	4, 11, 18, 25, 32, 39, 46, 53
Escolar	7, 14, 21, 28, 35, 42, 49, 56
Hogar	5, 12, 19, 26, 33, 40, 47, 54
Self general	1, 2, 3, 8, 9, 10, 15, 16, 17, 22, 23, 24, 29, 30, 31, 36, 37, 38, 43, 44, 45, 50, 51, 52, 57, 58

INSTRUMENTOS DE SELECCIÓN

- Prueba de Inteligencia WISC-R de Wechsler

La escala de Inteligencia Wechsler para el nivel escolar (WISC-R), fue aplicada con once subescalas agrupadas de la siguiente manera:

Area Verbal

- Información
- Comprensión
- Aritmética
- Semejanzas
- Vocabulario
- Retención de dígitos

Area de Ejecución

- Figuras Incompletas
- Ordenación de dibujos
- Diseño con cubos
- Composición de Objetos
- Claves

Tanto la aplicación como la calificación se hicieron de acuerdo al Manual de WISC-R. Esta prueba fue seleccionada, ya que es una de las más utilizadas para determinar inteligencia y cuenta con puntuaciones normalizadas para diferentes edades, además de demostrar altos índices en su confiabilidad y validez.

- Test Gestáltico visomotor de Lauretta Bender.

Existen varias pruebas para evaluar la percepción y coordinación visomotora, sin embargo se escogió el Bender, porque es una prueba que tiene una alta confiabilidad y validez, como lo demuestran los múltiples estudios que han realizado con la misma. Es por ello que en México se utiliza con mucha frecuencia en la práctica clínica. Dicho test se utilizó para descartar alteración a nivel cerebral con las normas establecidas por Kopppitz.

6.9.- PROCEDIMIENTO

Se solicitó la autorización correspondiente al Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" para tomar la muestra del grupo de madres con hijos con déficit de atención e hiperactividad y sus respectivos hijos. Aprobado el proyecto se revisaron los expedientes de la clínica de la conducta seleccionando a dicho grupo con base a los criterios de inclusión y exclusión ya descritos.

Se habló con la madre de cada menor para invitarla a participar en la investigación mencionándole que sus respuestas serían confidenciales y con uso exclusivo de investigación. Se les facilitó el cuestionario de datos generales, cuestionario de desarrollo de su hijo, el de autoestima, un lápiz y una goma. Se cuidó que dichos cuestionarios estuvieran en buen estado, es decir, que la letra fuera clara y legible.

Las instrucciones del llenado se presentaron en la primera hoja de cada cuestionario, además se les leyeron por si existiera alguna duda en la contestación del instrumento. La aplicación se realizó de manera individual sin tiempo límite.

Una vez que la madre contestó el cuestionario y dió la aprobación para trabajar con el niño, se le aplicó al menor el inventario de autoestima de Coopersmith, las instrucciones fueron las siguientes: "Buenos días, hoy vamos a llenar un cuestionario, tus respuestas me van a ayudar a conocerte y conocer tus gustos o lo que no te gusta" (esto evita respuestas sesgadas que puedan invalidar el inventario), además se les mencionó que sus respuestas serán confidenciales. Dicha instrucción y los reactivos se les leyeron en voz alta, ellos dieron su contestación verbalmente. No se les dio tiempo límite y su aplicación fue de manera individual. Cabe señalar que los pacientes que fueron seleccionados de la agenda del Psiquiatra se les llamó telefónicamente para concertar la cita para aplicar los instrumentos.

En cuanto a la muestra del grupo de madres con hijos con buen rendimiento escolar y sus respectivos hijos, se solicitó el permiso de 3 directoras de escuelas primarias públicas para poder aplicar los instrumentos, de acuerdo a los tiempos y disposición de la escuela, procurando no afectar las labores académicas y se propuso que permitieran utilizar el salón de usos múltiples. Una vez aprobado el proyecto se le pidió al profesor o profesora que citara a las madres de los niños que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos para este grupo. Posteriormente se les mencionaron a las madres los criterios diagnósticos del DSM VI con el fin de descartar a los niños que presentarían el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Después se procedió con la aplicación de los instrumentos de selección (WISC-R y BENDER).

El procedimiento que se siguió para la aplicación de los cuestionarios fue igual al del grupo con déficit de atención e hiperactividad.

6.9.1.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El tipo de estadística que se empleó en esta investigación es la estadística paramétrica utilizando la prueba "T" de student, la cual indica si existen diferencias estadísticas entre los grupos, en relación a la autoestima. Para el análisis de datos se empleó el programa estadístico para Ciencias Sociales (SPSS) para Windows.

CAPÍTULO 7

RESULTADOS

Características de la muestra de niños de ambos grupos .

Edad
Tabla I

Edad	Grupos			
	Déficit de atención		Buen rendimiento escolar	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
8	3	10	8	25
9	10	33.33	6	18.75
10	8	26.66	4	12.5
11	8	26.66	10	31.25
12	1	3.33	4	12.5
Total	30	100	32	100

$$\bar{X} = 9.8$$

Se observa que ligeramente en el grupo con déficit de atención e hiperactividad predomina la edad de 9 años, siendo la edad predominante en el grupo con buen rendimiento escolar la edad de 11 años.

Sexo
Tabla 2

Sexo	Déficit de atención		Buen rendimiento escolar	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Femenino	1	3.33	2	6.25
Masculino	29	96.66	30	93.75
Total	30	100	32	100

En esta tabla se puede observar la alta incidencia del déficit de atención e hiperactividad en la población de niños con un 96.60%, por este motivo se tuvo que igualar con el grupo con buen rendimiento escolar.

Características de la muestra de madres de ambos grupos .

Edad
Tabla 3

Edad	Déficit de atención		Buen rendimiento escolar	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
25-30	7	23.33	12	37.5
31-35	15	50	10	31.25
36-40	6	20	5	15.62
41-45	1	3.33	5	15.62
46-50	1	3.33	0	0
Total	30	100	32	100

$\bar{X} = 33.4$

Se puede observar que el 50% del grupo de madres con hijos con déficit de atención e hiperactividad tiene entre 31-35 años, mientras que el 37.5% del grupo de madres con buen rendimiento escolar tiene entre 25-30 años.

Estado Civil
Tabla 4

Edo. Civil	Déficit de atención		Buen rendimiento escolar	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Casada	23	76.66	21	65.62
Unión libre	4	13.33	5	15.62
Divorciada	0	0	1	3.12
Separada	3	10	5	15.62
Total	30	100	32	100

Como se puede apreciar en ambos grupos la mayoría de las madres son casadas, grupo con déficit de atención e hiperactividad 76.66% y grupo con buen rendimiento escolar 65.62%.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

N° de Hijos
Tabla 5

N° de Hijos	Grupos			
	Déficit de atención		Buen rendimiento escolar	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
1	4	13.33	4	12.5
2	13	43.33	17	53.12
3	11	36.66	8	25
4	1	3.33	2	6.25
5	1	3.33	1	3.12
Total	30	100	32	100

X=2,4

La mayoría de las madres de ambos grupos en promedio tienen 2 hijos grupo con déficit de atención e hiperactividad 43.33% y grupo con buen rendimiento escolar 53.12%.

Escolaridad
Tabla 6

Escolaridad	Grupos			
	Déficit de atención		Buen rendimiento escolar	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Pnm. Completa	4	13.33	4	12.5
Sec. incompleta	1	3.33	2	6.25
Sec. Completa	11	36.66	6	18.75
Est. Secretanales	7	23.33	8	25
Prep. incompleta	4	13.33	6	18.75
Prep. Completa	1	3.33	2	6.25
Prof. incompleta	2	6.66	2	6.25
Prof. Completa	0	0	2	6.25
Total	30	100	32	100

En cuanto al nivel escolar, el grupo de madres con hijos con déficit de atención e hiperactividad en su mayoría refieren tener Secundaria Completa 36.66%, y el grupo de madres con hijos con buen rendimiento escolar presentan más Estudios Secretanales y/o Comerciales 25%.

TESTIS CON
FALLA DE ORIGEN

Remuneración económica

Tabla 7

Grupos				
Rem. Económica	Déficit de atención		Buen rendimiento escolar	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	11	36.66	15	46.87
No	19	63.33	17	53.12
Total	30	100	32	100

Como se puede observar en ambos grupos la mayoría de las madres no trabajan con remuneración económica, grupo con déficit de atención e hiperactividad 63.33% y grupo con buen rendimiento escolar 53.12%.

Opinión esposo

Tabla 8

Grupos				
Opinión Esposo	Déficit de atención		Buen rendimiento escolar	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Nada importante	1	3.33	2	6.25
Poco importante	1	3.33	1	3.12
Ni imp. Ni no imp.	0	0	1	3.12
Importante	8	26.66	3	9.37
Muy importante	20	66.66	25	78.12
Total	30	100	32	100

Las madres de ambos grupos en su mayoría consideran muy importante la opinión de su esposo, grupo con déficit de atención e hiperactividad 66.66% y grupo con buen rendimiento escolar 78.12%

Opinión Hijos

Tabla 9

Grupos				
Opinión Hijos	Déficit de atención		Buen rendimiento escolar	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Nada importantes	0	0	0	0
Poco importantes	0	0	0	0
Ni imp. Ni no imp.	0	0	0	0
Importantes	9	30	6	18.75
Muy importantes	21	70	26	81.25
Total	30	100	32	100

Por lo que respecta a la opinión de sus hijos ambos grupos de madres en su mayoría la consideran muy importante, grupo con déficit de atención e hiperactividad 70% y el grupo con buen rendimiento escolar 81.25%

Opinión de Padres y/o Hermanos
Tabla 10

Opinión de Padres y/o Hermanos	Déficit de atención		Buen rendimiento escolar	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Nada importantes	3	10	1	3.12
Poco importantes	7	23.33	4	12.5
Ni imp. Ni no imp.	3	10	1	3.12
Importantes	14	46.66	18	56.25
Muy importantes	3	10	8	25
Total	30	100	32	100

Como se puede observar en esta tabla ambos grupos de madres refieren que es importante la opinión de los padres o hermanos, grupo con déficit de atención e hiperactividad 46.66% y grupo con buen rendimiento escolar 56.25%

Opinión de Suegros y/o Cuñados
Tabla 11

Opinión de Suegros y/o cuñados	Déficit de atención		Buen rendimiento escolar	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Nada importantes	8	26.66	3	9.37
Poco importantes	11	36.66	9	28.12
Ni imp. Ni no imp.	3	10	2	6.25
Importantes	8	26.66	17	53.12
Muy importantes	0	0	1	3.12
Total	30	100	32	100

En esta tabla se puede observar que para el grupo con déficit de atención e hiperactividad la opinión de suegros y/o cuñados en la mayoría de las madres es poco importante 36.66% en contraste con las del grupo con buen rendimiento escolar, ya que dicha opinión la consideran importante 53.12%

TESIS CON
FALLA DE URGEN

Opinión de Amigas
Tabla 12

Opinión de Amigas	Grupos			
	Déficit de atención		Buen rendimiento escolar	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Nada importantes	7	23.33	5	15.62
Poco importantes	14	46.66	14	43.75
Ni imp. Ni no imp.	3	10	4	12.5
Importantes	6	20	8	25
Muy importantes	0	0	1	3.12
Total	30	100	32	100

En cuanto a la opinión de las amigas ambos grupos de madres la consideran poco importante, grupo con déficit de atención e hiperactividad 46.66% , grupo con buen rendimiento escolar 43.75%

Opinión de Compañeros de oficina
Tabla 13

Opinión de Compañeros de Oficina	Grupos			
	Déficit de atención		Buen rendimiento escolar	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Nada importantes	23	76.66	20	62.5
Poco importantes	4	13.33	7	21.87
Ni imp. Ni no imp.	3	10	3	9.37
Importantes	0	0	2	6.25
Muy importantes	0	0	0	0
Total	30	100	32	100

Por lo que respecta a la opinión de los compañeros de oficina, ambos grupos de madres la consideran Nada importante, grupo con déficit de atención e hiperactividad 76.66 y el grupo con buen rendimiento escolar 62.5%.

Los resultados de la siguiente tabla se recabaron del cuestionario sobre el desarrollo de su hijo de cada madre, el grupo de madres con hijos con buen rendimiento escolar contestó negativamente a las preguntas, por lo que únicamente se presentan en esta tabla los datos del grupo de madres con hijos con déficit de atención e hiperactividad

Tabla 14

Tras .Físico ó Mental	Frecuencia	%
Si	11	36.66
No	19	63.33
Total	30	100
Problemas de Aprendizaje		
Si	18	60
No	12	40
Total	30	100
Problemas de Conducta		
Si	23	76.66
No	7	23.33
Total	30	100
Problemas de escri. lect. y mate.		
Si	26	90
No	4	13.33
Total	30	100
Problemas Psicomotores		
Si	3	10
No	27	90
Total	30	100
Problemas Psicológicos		
Si	20	66.66
No	10	33.33
Total	30	100
Problemas Neurológicos		
Si	13	43.33
No	17	56.66
Total	30	100
Problemas de socialización ó aislamiento		
Si	9	30
No	21	70
Total	30	100

El 63.33% de las madres negó algún trastorno en el niño , el 90% problemas psicomotores, así mismo problemas neurológicos 56.66% y de socialización ó aislamiento 70%. Las madres en su mayoría refieren que su hijo tiene problemas de aprendizaje 60%, de conducta 76.66%, de escritura, lectura , matemáticas 90% y Psicológicos 66.66%.

A continuación se presentan los resultados de las comparaciones realizadas en el grupo de madres con hijos con buen rendimiento escolar (1), y el grupo de madres con hijos con déficit de atención e hiperactividad (2), de acuerdo al análisis de los puntajes totales de autoestima y por factor.

TABLA I

PUNTUACIÓN TOTAL DE AUTOESTIMA Y POR FACTORES PARA LOS DOS GRUPOS DE MADRES

Factores	Grupo 1 Media	Grupo 2 Media	GI	T	Sign.
1.-Autoestima Negativa	45.25	40.47	60	3.009	*.004
2.-Antecedentes familiares de la autoestima	38.28	40.87	60	-1.181	.242
3.-Autoestima y dependencia social de la autoestima	18.31	19.07	60	-.593	.555
4.-Autoestima positiva como madre	15.78	18.13	60	-2.163	*.035
5.-Autoconcepto negativo	22.31	20.60	60	1.522	.133
6.-Dependencia Social de la autoestima como madre	18.94	18.53	60	.740	.462
Puntaje total	154.44	153.53	60	.247	.806

* Si existen diferencias estadísticas Significativas

A partir de los resultados obtenidos se puede observar que las madres con hijos con déficit de atención e hiperactividad manifestaron una media de 153.53 y las madres con hijos con buen rendimiento escolar una media de 154.44, presentando un nivel de probabilidad de .806 lo cual no es significativo. Se acepta así la hipótesis nula #1, la cual refiere que no existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de autoestima en las madres de ambos grupos.

Por lo que respecta al análisis de los factores se observa una probabilidad de .004 en el factor 1.-Autoestima Negativa y en el factor 4.-Autoestima positiva como madre .035, los cuales resultan significativos. Se acepta así la hipótesis de trabajo #2, la cual menciona que existen diferencias estadísticamente significativas en los factores 1 y 4, en ambos grupos de madres.

Al realizar la comparación de las medias, el grupo de madres con hijos con buen rendimiento escolar presentan un puntaje de 45.25 en el factor 1, lo cual indica que hay mayor autoestima negativa que en el grupo de madres con hijos con déficit de atención e hiperactividad 40.47.

El factor 4 Autoestima positiva como madre, se presenta más en las madres del grupo con hijos con déficit de atención e hiperactividad 18.13, en contraste con las madres del grupo con buen rendimiento escolar 15.78.

En los factores 2.-Antecedentes familiares de la autoestima, 3.-Autoestima y dependencia social de la autoestima, 5.-Autoconcepto Negativo y 6.-Dependencia Social de la autoestima como madre, se acepta la hipótesis Nula #2, ya que no existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de estos factores en ambos grupos.

A continuación se presentan los resultados de las comparaciones realizadas en el grupo de niños con buen rendimiento escolar (1), y el grupo de niños con déficit de atención e hiperactividad (2), de acuerdo al análisis de los puntajes totales de autoestima y por escala.

TABLA 2

PUNTUACIÓN TOTAL DE AUTOESTIMA Y POR ESCALAS PARA LOS DOS GRUPOS DE NIÑOS

Escala	Grupo 1 Media	Grupo 2 Media	G1	T	Sign.
1.-Deseabilidad Social	5.34	4.93	60	.845	.401
2.-Social	5.88	5.40	60	1.488	.142
3.-Escolar	6.94	6.63	60	1.230	.224
4.-Hogar	6.47	5.67	60	2.462	*.017
5.-Self general	19.53	17.63	60	2.694	*.009
6.-Puntaje Total	77.63	70.67	60	2.946	*.005

* Si existen diferencias estadísticas Significativas

Con base a los resultados obtenidos se observa que los niños con déficit de atención e hiperactividad manifestaron una media de 70.67 y los niños con buen rendimiento escolar una media de 77.63, presentando un nivel de probabilidad de .005, lo cual resulta significativo. Se acepta así la hipótesis de trabajo # 3, la cual refiere que existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de autoestima en los niños de ambos grupos.

En cuanto al análisis de las escalas se presenta una probabilidad de .017 en la escala 4.-Hogar y .009 en 5.-Self General, los cuales son significativos aceptándose así la hipótesis de trabajo # 4, la cual refiere que existen diferencias estadísticamente significativas en los factores 4 y 5 en ambos grupos de niños.

Al hacer la comparación de las medias, el grupo con buen rendimiento escolar presenta un puntaje de 6.47 en la escala 4.-Hogar, lo cual indica que hay mayor autoestima en esta escala que en el grupo de niños con déficit de atención e hiperactividad 5.67.

En la escala 5.-self general manifiesta un mayor puntaje en la media el grupo de niños con buen rendimiento escolar 19.53, en contraste con los niños del grupo con déficit de atención e hiperactividad 17.63.

Por lo que respecta a las escalas deseabilidad social, escolar y social, se aceptó la hipótesis nula #4, ya que no existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de estas escalas en ambos grupos.

TABLA 3
CORRELACIÓN

	SIG.
Madre-Hijo Buen Rendimiento Escolar	.457
Madre-Hijo Déficit de atención e hiperactividad	.772

A través de la escala de correlación se obtuvo un nivel de significancia de .457 para el grupo de buen rendimiento escolar y .772 para el grupo de déficit de atención e hiperactividad, por lo que no se observa relación de la autoestima madre-hijo en ambos grupos.

CAPÍTULO 8

DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue saber si existen diferencias estadísticamente significativas en la autoestima de un grupo de madres con hijos con TDAH y un grupo de madres con hijos con buen rendimiento escolar, así mismo en la autoestima de sus hijos. Por lo que respecta a los grupos de madres, se encontró que no presentan diferencias estadísticamente significativas en la evaluación de la autoestima general.

Campbell 1975 y Barkley 1995 (citados en Pini 2001), refieren que las interacciones entre una madre y el niño con TDAH, exigen de ella un significativo desgaste físico y emocional. Generalmente son las madres quienes tienen que lidiar con las actividades rutinarias del día (prepararlo para la escuela, ayudarle en tareas, etc.), por lo que presentan una infinidad de quejas, que no siempre son comprendidas y apoyadas por el esposo. Por lo contrario, se le reconoce a ella como culpable en su rol de progenitora, lo cual le provoca sentimientos variados tales como : depresión, enojo, frustración, culpabilidad, etc. afectándose así su salud emocional. Por lo que se esperaba que en esta investigación las madres con hijos con buen rendimiento escolar presentarían una mayor autoestima que las madres con hijos con TDAH, lo cual no ocurrió, ya que no se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Sin embargo al hacer el análisis de los factores, el factor *Autoestima Negativa* resultó con diferencias estadísticamente significativas presentando las madres con hijos con buen rendimiento escolar más Autoestima Negativa que las madres con hijos con TDAH.

Una mujer juega una serie de roles a lo largo de toda su vida y la ejecución efectiva de cada uno de ellos estará influyendo en su autoestima. Se tiene entonces, que la autoestima estará constituida por la estimación que recibió y que le demostraron sus padres, porque tanto se autoestima como mujer, como se sienta valorada ejecutando su rol de madre (Vite, 1986).

En contraste la actitud negativa hacia sí mismo, refleja la convicción del individuo de que es débil e inferior, lo que lo conduce a concluir que sus opiniones no son valiosas y que no puede influir en un grupo. Las actitudes también pueden reflejar expectativas del individuo de lo que le va a suceder en una nueva situación. Las expectativas de éxito o de experiencias favorables son resultado de una postura de confianza, pero las expectativas de fracaso y rechazo son resultado de aprehensión, ansiedad y falta de persistencia (Sipola, citado en Vite 1986).

La estimación de los éxitos y fracasos presumiblemente reflejados en la convicción del individuo de que es o no es capaz de lidiar con las situaciones que se le presentan, ha sido relacionado con la toma de riesgo, la toma de decisiones y las estrategias adoptadas en la solución de problemas (Atkinson, citado en Vite, 1956).

Lo cual nos habla que el grupo de madres con hijos con TDAH, se perciben con más recursos en comparación con el grupo de madres con hijos con buen rendimiento escolar para lidiar con los problemas que se les presentan, así mismo se perciben con capacidades y cualidades suficientes para obtener éxito en lo que hagan. Cabe mencionar que una de las características que presenta este grupo de madres fue la constancia y disposición para asistir a las citas que le proporciona el Hospital, los pacientes que fueron tomados de la agenda el Psiquiatra se les habló por teléfono y estos asistieron puntuales a su cita. Por otra parte en este sentido cabe destacar la intervención oportuna que realiza el hospital, ya que desde que el paciente llega por primera vez se les sensibiliza a los padres de la importancia que ellos tienen en la intervención del tratamiento del niño.

Phylis (1970), refiere que las mujeres orientadas hacia las metas independientemente de su edad y etapa de su vida, están contentas con ellas mismas y generalmente presentan un buen ajuste personal. Así es que, la valoración del Self, parece ser básico para el desarrollo de la conducta orientada hacia las metas, así como la auto percepción positiva y la autoestima son cruciales para el desarrollo de las metas personalizadas. En este caso la meta sería buscar la intervención profesional para tratar el TDAH y llevar a cabo las indicaciones propuestas por el equipo multidisciplinario para el desarrollo adecuado del niño.

Otro factor que resultó con diferencias estadísticamente significativas fue el de *Autoestima Positiva como madre*, en el grupo de madres con hijos con TDAH presentan una mayor Autoestima Positiva como madre en comparación con el grupo de madres con hijos con buen rendimiento escolar, las madres con hijos con TDAH se sienten importantes en el desarrollo de sus hijos.

Loreto (1961) afirma que la mujer mexicana tiene un temperamento maternal que solo se siente satisfecha cumpliendo su misión de madres. Subraya que la mujer mexicana justifica su existencia siendo madre, se une a su hijo de por vida. Elú de Leñero (1975), señala que la mujer Mexicana tiende a darle mayor importancia a su rol de madre que a su rol de esposa, busca en los hijos su realización como persona, a través de su función de madre.

Cuando la mujer se ve diferente de la madre que quería ser de la madre que realmente es, surge un sentimiento de haber fracasado con sus hijos y consigo misma. Muchas madres sienten que no son capaces de ser madres adecuadas. La culpabilidad crece a medida que piensan que pueden ocasionarle un gran daño a su hijo resultado de su incompetencia. Nuestra sociedad entrena a cualquiera que se

emplea, sin embargo no se adiestra a las madres para ser madres, aprenden mediante la práctica sin ningún entrenamiento previo, se espera que actúe por instinto, esto constituye una fuente de ansiedad para las madres, ya que deben realizar una labor muy importante sin consejo ni ayuda previa (Vite 1986).

Campbell en 1975 (citado en Campbell y cols; 1982), encontró que los niños con el trastorno iniciaron más interacciones con su mamá al trabajar en la consumación de una tarea. Habían más con ellas y requerían de mayor ayuda. En resumen, los niños hiperactivos parecían requerir de mayor atención, hablar más y buscar más asesoría con sus madres durante sus interacciones, que los niños control. Las madres les daban más sugerencias, aprobaciones, desaprobaciones y direcciones sobre el control de impulsos. Es decir las madres de los niños con el desorden, tuvieron que controlar más la conducta de sus hijos e incitarlos más al autocontrol que las madres del grupo control.

Barkley (1995), en investigaciones encontró que los niños con TDAH, eran más demandantes, negativos, propensos a dejar inconclusa una actividad o trabajo, y menos capaces de seguir las instrucciones de sus madres. Ellas daban más órdenes, fueron también más negativas, y en ocasiones menos receptivas en sus interacciones.

Por lo tanto en esta investigación se puede observar que las madres con hijos con TDAM al ser constantes y sin prejuicios, que estos en ocasiones obstaculizan el trabajo de intervención del grupo multidisciplinario, ya que algunas veces el concepto que se tiene de un Hospital Psiquiátrico Infantil, para las madres suele ser aterrador, y este grupo de madres en particular, a adquiendo el compromiso para ser parte del proceso del niño. Estas madres al sentirse con la responsabilidad de cumplir con lo que culturalmente se espera de ellas y para no sentirse que han fracasado en cuanto a la educación de su hijo se muestran constantes y comprometidas.

Por lo que se refiere a las características de la muestra de madres de ambos grupos, se presentaron poco discrepantes, ya que en los dos grupos en su mayoría son madres casadas, con 2 hijos y no trabajan con remuneración económica.

En cuanto a la edad se manifestó una pequeña diferencia sin ser significativa madres con hijos con TDAM 31-35 años y madres con hijos con buen rendimiento escolar 25-30 años. Neugarten (1968), reporta que las mujeres de edad madura, expresan más sentimientos de autoconfianza y perciben esa edad como una etapa en la que se tiene gran libertad para desarrollar capacidades. En esta misma línea, Monge (1975), usando un diferencial semántico encontró que las mujeres de 20 a 34 años puntuaron más bajo, en el componente de ajuste que las mujeres de 35 a 49 y 50 a 64. Por lo que de acuerdo a los resultados obtenidos el grupo de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

madres con hijos con TDAM tienden a expresar más sentimientos de autoconfianza y a percibirse con gran libertad para desarrollar sus capacidades. Sin embargo Erdwins, Mellinger y Tyler (1981), encontraron que la autoestima no varía significativamente en función de la edad. Señalan que los sentimientos positivos o negativos hacia uno mismo, pueden estar relacionados a diferentes aspectos de nuestra vida en diferentes etapas. Por lo que se sugiere investigar esta variable específicamente en los grupos de madres .

La escolaridad en el grupo de madres con TDAM, en su mayoría tienen secundaria completa y las madres con hijos con buen rendimiento escolar presentan estudios secretanales y/o comerciales. Ohlbaum (1971), investigó si los grados académicos alcanzados por una mujer pueden contribuir a su autoconcepto positivo, a que sea más liberal y con menos estereotipos del rol femenino. Encontró que hay diferencias significativas en el autoconcepto y en el nivel de autorrealización entre las mujeres no profesionistas y profesionistas. En esta investigación las madres con hijos con buen rendimiento escolar presentaron un grado más de escolaridad que las madres con hijos con TDAM, lo cual nos hablaría de que tienden a un nivel de autorrealización un poco más elevado en comparación con el otro grupo, sin embargo en la autoestima general no presentaron diferencias estadísticamente significativas por lo que se sugiere investigar específicamente esta variable en los grupos de madres.

En cuanto a que tan importantes son las opiniones para las madres de sus esposos, hijos, padres y/o hermanos , se observó que son muy importantes para las madres de ambos grupos.

Por lo que se refiere a la opinión de amigas y compañeros de oficina, ambos grupos mencionan que es poco importante.

En donde se presentó una discrepancia significativa fue en la opinión de suegros y/o cuñados, ya que el grupo de madres con hijos con buen rendimiento escolar consideran en su mayoría muy importante su opinión y las madres con hijos con TDAM, la consideran poco importante, esto puede deberse a que las madres de estos niños han considerado indispensable el establecimiento de límites adecuados a la familia extensa en cuanto a la opinión que ellos puedan tener del proceso terapéutico del niño , ya que en ocasiones ellos no están de acuerdo en que se le de algún medicamento al niño por miedo a que se vuelva adicto y mucho menos que asistan los niños a un Hospital Psiquiátrico, aunado a que un niño con TDAM presenta problemas de interacción por "latoso", por lo que en ocasiones la familia no lo recibe muy bien, y este grupo de madres con el compromiso que están asumiendo hacen que le resten importancia a estas opiniones.

En la tabla en donde se presentan los resultados del desarrollo de sus hijos de las madres con TDAH, la mayoría niegan algún trastorno físico o mental, problemas psicomotores, neurológicos y de socialización ó aislamiento. Lo cual nos habla de que la mayoría de las madres de este grupo no tienen claro que sus hijos si tienen un trastorno mental, pero si en su mayoría refieren que sus hijos presentan problemas de aprendizaje, conducta, escritura, lectura, matemáticas y Psicológicos. Es importante reforzar en este sentido lo que es el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, (su etiología, semiología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento), ya que todavía hay confusión.

Por lo que respecta a los grupos de niños, se encontró que presentan diferencias estadísticamente significativas en su autoestima, siendo mayor en el grupo de niños con buen rendimiento escolar, en comparación con el grupo de niños con TDAH.

En la práctica profesional se demuestra que generalmente los niños que presentan trastornos por déficit de atención e hiperactividad, obtienen poca gratificación como resultado de su comportamiento y de su trabajo y con frecuencia son etiquetados como "flojos", "latosos" ó "groseros", tanto en su casa como en la escuela, y esto trae como consecuencia que además de su problema básico (TDAH), muestren inseguridad y baja autoestima, aunado a dicha situación. De lo anterior se desprende que con esta baja autoestima basada principalmente en una imagen defectuosa, el niño se conducirá ineffectivamente en su entorno familiar y social, así mismo la conducta impulsiva promueve un conjunto de reacciones que socavan su autoestima y le dan un sentimiento de pérdida de control para hacer frente a las demandas de un medio hostil para él, puede reaccionar con diferentes conductas por ejemplo gritar, golpear ó volverse meloso ó adoptar conductas infantiles, siendo dichas conductas en su mayor parte defensivas (Verduzco 1992).

Autores como Bledsoe, Brookver, Thomas, Patterson, Bodwin y Bruck indican que los niños con alta autoestima tienen mejores resultados en el trabajo escolar que los niños con niveles más bajos de autoestima. Otros estudios como el de Quimby y el de Shaw y Alves, muestran que los estudiantes con baja autoestima, que no están seguros de sí mismos o que esperan fracasar, se inclinan a no intentar un mayor esfuerzo o a darse por vencidos (Citado en Verduzco 1992).

Debido a que muchos de los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad tienen dificultad en su vida escolar y familiar, la posibilidad de desarrollar una buena autoestima se ve obstaculizada.

En esta investigación se puede observar que los niños con TDAH, se muestran inseguros, incapaces e inadecuados, todo ello como consecuencia de sus constantes fallas y fracasos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por lo que respecta a la escala *Hogar*, se obtuvo que existen diferencias estadísticamente significativas, presentando una mayor autoestima en esta escala el grupo con buen rendimiento escolar.

La familia tiene gran importancia en el desarrollo y crecimiento de cualquier niño. Suele ser importante por ser el núcleo donde surgen las bases del desarrollo psíquico que habrá de reflejarse en el comportamiento del menor ante cualquier situación. Existe un gran número de variables psicológicas, sociales y educacionales en la familia que afectan de manera relevante el desarrollo de la autoestima infantil (Moreno, 1994).

Coopersmith (1967), señaló la importancia de la forma en la que el niño es tratado en su núcleo familiar para desarrollar la autoestima, ya que conforme los niños se desarrollan se forman imágenes de sí mismos basadas en la forma en que son tratados por personas que le son significativas como los padres, maestros y compañeros.

En esta investigación el grupo de niños con buen rendimiento escolar no se ve decrementada su autoestima, ya que estos niños son aceptados con sus cualidades y defectos e incluso son respetados por ser ellos mismos o por alguna otra cualidad que se les distinga, además que presentan relaciones positivas con sus padres y maestros

Reasoner (1982), refiere que la autoestima es una representación o a una auto-imagen que el niño tiene de sí mismo. Esta imagen se forma por las impresiones que él va reuniendo basándose en como es tratado, los comentarios que otros hacen de él y como reaccionan con él. Los padres tienen más impacto que nadie en el desarrollo de la autoestima de sus hijos.

Se ha demostrado que las interacciones familiares tienden a ser más críticas y negativas, en los niños con TDAH. La dinámica familiar se ve afectada ya que los padres de estos niños temen asistir a algunos lugares públicos o bien invitar a amistades a sus casas, debido a su pésimo comportamiento. El niño es rechazado de actividades grupales por no acatar instrucciones, constantemente los padres reciben quejas de la escuela, lo cual provoca frustración, enojo e intolerancia, hasta llegar a emplear una disciplina basada en el castigo físico o en la pérdida de reforzadores, todo lo anterior se refleja en el niño intensificando su sintomatología (Pini 2001).

TEMA CON
FALLA DE ORIGEN

En esta investigación se puede observar que el grupo de niños con TDAH perciben su ambiente familiar hostil, ya que al recibir los padres quejas constantes de su mal comportamiento, llegan a emplear una disciplina basada en el castigo físico o en la pérdida de reforzadores e inclusive el niño puede ser visto como un estorbo y una responsabilidad fuera del alcance de los padres y todo este ambiente lo ha percibido el niño afectándole significativamente su autoestima en esta escala.

Otra escala en la que se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de niños, fue *Self General* presentando una mayor autoestima en dicha escala el grupo de niños con buen rendimiento escolar.

Coopersmith (1981), define al Self como una abstracción que el individuo desarrolla acerca de los atributos, capacidades, objetos y actividades que posee y persigue. Esta abstracción lo representa por el símbolo "yo", el cual es una idea de la persona sobre sí misma y hacia sí misma.

La autoestima se relaciona estrechamente con el autoconcepto o Self, puesto que se puede decir que toda persona tiene un conjunto de cogniciones y sentimientos hacia sí mismo que es lo que constituye el concepto personal, autoconcepto o autoimagen. En este sentido, la autoestima se puede considerar como la propia satisfacción con el autoconcepto o autoimagen. El concepto de sí mismo (self) se define como las actitudes, los sentimientos y las percepciones de una persona hacia sí misma (Vite, 1986).

A los niños que no están satisfechos con su autoconcepto ó autoimagen, parecen no tener rumbo en sus acciones. No ven la razón para poner ningún esfuerzo real. Ellos actúan aburridos la mayor parte del tiempo y se sienten presionados si tienen que terminar una tarea. Muchos de estos niños ya ni siquiera quieren intentar hacer un esfuerzo. Se puede concluir que las imágenes y el trato que el niño recibe de las personas que lo rodean ejercen una considerable influencia en la formación de la autoestima. También es importante un ambiente lo suficientemente estructurado como para darle parámetros claros y una línea a seguir, la ausencia de todo esto dificultará una buena integración de la persona y tendrá repercusiones en la vida adulta (Verduzco 1992).

Quando se devalúa a un niño enfocándose a sus limitaciones, hace que se defienda contra los miedos y presiones que sus acciones causan. Para defender su autoestima los niños en tales situaciones, retiran su atención e interés, se comportan pasivamente, se aferran a una rutina y la atacan porque les produce estrés, dudas o miedos y pierden su entusiasmo por el aprendizaje en una situación que no los penaliza por estar concientes de sus sentimientos (Coopersmith, 1981).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los niños del grupo con buen rendimiento escolar en esta investigación, se perciben con capacidades para enfrentarse a las demandas que su entorno le presenta, se sienten bien con ellos mismos como lo refiere Verduzco (1992). Los niños que se sienten bien con ellos mismos, tienen un sentimiento de propósito, conocen lo que están tratando de lograr, porque lo están haciendo, y cómo se inserta dentro de sus metas a largo plazo. Su energía está dirigida hacia metas muy específicas y sienten un logro cuando completan sus tareas .

En contraste con el grupo de niños con TDAH, ya que ellos al verse sometidos a mayor número de situaciones frustrantes a lo largo de su desarrollo, aunado a las escasas experiencias de éxito, producen en el niño un sentimiento de inseguridad que contribuye de forma clara, a hacerle cada vez más intolerante ante situaciones de exigencia.

Los niños con TDAH son más difíciles de educar por lo que con mayor frecuencia suele recibir una información negativa de su comportamiento y de su capacidad. Por otra parte, la realidad es que crece sometido a mayor número de fracasos que los demás niños, se mete con mayor frecuencia en dificultades, comete muchos más errores y con mayor frecuencia que los niños de su edad y cuando se compara con sus hermanos es prácticamente imposible que no sea conciente de sus propias dificultades. Las malas experiencias se acumulan, y todo ello contribuye a la formación de una baja autoestima.

Por lo que se refiere a las características que presentó la muestra de niños de ambos grupos observamos como en otras investigaciones que el trastorno por déficit de atención e hiperactividad es indudablemente más frecuente en los varones que en las niñas, en una proporción de 10 a 1. Es decir por cada diez niños encontramos a una niña con TDAH (Orjales, 1998).

Por otro lado, en este trabajo de investigación en los resultados que se obtuvieron se observa que no existe correlación significativa entre la autoestima madre-hijo tanto del grupo de TDAH, como para el de buen rendimiento escolar. Coopersmith (1976), encontró que madres con hijos con autoestima alta tienden a clasificarse a sí mismas más alto en su autoestima, y son emocionalmente más estables que las madres de sujetos de autoestima baja, confían más en sus actitudes y acciones sobre la maternidad, siendo más capaces de aceptar su rol de madres de forma realista y eficiente, son más amorosas y tienen relaciones estrechas con sus hijos. Debido a que los resultados no fueron significativos como lo muestra la información recopilada por medio del coeficiente de correlación de Spearman, tendrá que ser estudiada esta relación madre-hijo más exhaustivamente, ya que tal vez influyó que no se diera dicha relación, el que el instrumento para evaluar la autoestima del niño con respecto al área familiar no evalúa directamente la relación madre-hijo como tal, sino al núcleo familiar. Por otro lado también sería conveniente que se le reforzara a la madre del grupo de TDAH, el tema de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

autoestima en el niño y sobretodo, darle las herramientas necesarias para que ella pueda ser el conducto de información a su núcleo familiar, ya que este también puede ser un factor importante para fomentar una buena autoestima en el niño.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO 9

CONCLUSIONES

De todo lo anterior se puede concluir que la autoestima es básica para el desarrollo normal y sano del ser humano, ya que el no tener una autoestima positiva impide el crecimiento psicológico, disminuyendo por consecuencia la resistencia a las adversidades en donde las experiencias tempranas que tiene el niño con su familia tienen un impacto trascendental en las concepciones del sí mismo (Sullivan 1953, y Jiménez, 1998).

En esta investigación dicho concepto se corrobora con lo que menciona Pini (2001), en relación a las interacciones familiares, estas tienden a ser más críticas y negativas, en los niños con TDAH. La dinámica familiar se ve afectada ya que los padres de estos niños temen asistir a algunos lugares públicos o bien invitar a amistades a sus casas, debido a su pésimo comportamiento. El niño es rechazado de actividades grupales por no acatar instrucciones, constantemente los padres reciben quejas de la escuela, lo cual provoca frustración, enojo e intolerancia, hasta llegar a emplear una disciplina basada en el castigo físico o en la pérdida de reforzadores, todo lo anterior se refleja en el niño intensificando su sintomatología.

Los niños con TDAH en esta investigación perciben su ambiente familiar hostil, ya que al recibir los padres quejas constantes de su mal comportamiento, llegan a emplear una disciplina basada en el castigo físico o en la pérdida de reforzadores e inclusive el niño puede ser visto como un estorbo y una responsabilidad fuera del alcance de los padres y todo este ambiente lo ha percibido el niño afectándole significativamente su autoestima. Los niños con TDAH son más difíciles de educar por lo que con mayor frecuencia suele recibir una información negativa de su comportamiento y de su capacidad. Por otra parte, la realidad es que crece sometido a mayor número de fracasos que los demás niños, se mete con mayor frecuencia en dificultades, comete muchos más errores y con mayor frecuencia que los niños de su edad y cuando se compara con sus hermanos es prácticamente imposible que no sea conciente de sus propias dificultades. Las malas experiencias se acumulan, y todo ello contribuye a la formación de una baja autoestima.

En ocasiones al tener los padres que lidiar con los problemas ya mencionados tienden a negar el trastorno del niño ó aún al aceptarlo pueden mostrar enojo o culpabilidad (Hernández 2001) y esto aunado a que en ocasiones no cuentan con las técnicas y estrategias para el manejo adecuado del niño con TDAH, es necesario plantear programas de orientación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La muestra de niños con TDAH en esta investigación estuvo bajo tratamiento farmacológico sin embargo los medicamentos no curan, en el sentido estricto del término. En cambio, si modifican conductas y funciones, lo que suele permitir la acción de otras medidas terapéuticas y mejorar las respuestas negativas que el niño exhibe ante los estímulos habituales. Debe ser un profesional y especialista el encargado del tratamiento médico (Pini, 2001).

Es por ello que como profesionales de la salud es importante estar en contacto con los padres para tener una aproximación más completa en el tratamiento del niño con TDAH. Según Dubey y cols (citado en Solloa, 2001), la educación de los padres es un prerrequisito para el manejo conductual exitoso del niño. Es esencial que el terapeuta esté capacitado para brindar información actualizada y sencilla sobre el trastorno, sus causas, sus manifestaciones, su curso y su tratamiento, así como orientar y canalizar a los padres a terapia familiar o de pareja. Por esta razón se propone un programa de orientación a padres para que se de antes de empezar su tratamiento Psicológico del niño, ya sea grupal o individualmente, en el se mencionan los puntos importantes para favorecer la autoestima del niño, pero sobre todo la importancia que tiene en dicho tratamiento el compromiso, constancia, responsabilidad y amor de los padres con un hijo con TDAH. Dicho programa tiene como base los puntos propuestos por los autores Brookver (1984), Coopersmith (1981) y Baumnd (1967) citados en el artículo de Verduzco (1989). Las sugerencias para padres y la Guía fueron retomados de Pini (2001). Como fomentar la autoestima y el concepto de autoestima, se obtuvieron de internet (Anexo 3).

TEMA
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO 10

LIMITACIONES

Ψ Una de las limitaciones que se presentaron a lo largo de la investigación fue que algunos niños con déficit de atención e hiperactividad presentaron un coeficiente intelectual de Subnormalidad ó Normal Brillante, por lo que fueron excluidos de la muestra, así mismo en el grupo de niños con buen rendimiento escolar.

Ψ Otra limitación, fueron los días de asueto ó viernes últimos de cada mes (no asistían los niños a la escuela por junta de consejo técnico) en la escuelas primarias públicas.

Ψ En ocasiones las escuelas tenían que utilizar el espacio que se había asignado para la aplicación de los instrumentos, por lo que se suspendía dicha aplicación.

Ψ Se presentaron madres analfabetas en ambos grupos, las cuales fueron excluidas de la investigación.

Dichas limitaciones llevaron a ampliar el tiempo que se había programado para la presentación de los resultados.

SUGERENCIAS

Ψ Se sugiere que en próximas investigaciones se aplique a las madres el instrumento completo de autoestima de Silvia Vite (1986), para realizar la comparación de los factores Autoestima negativa como esposa, Autoestima como ama de casa, Autoestima positiva como esposa, Dependencia social de la autoestima como ama, de casa, y Trabajo positivo Trabajo negativo.

Ψ Solicitar la autorización al comité de investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", para realizar la aplicación del instrumento de autoestima a las madres en consulta externa en el área de Paidopsiquiatría, ya que se tomaría la muestra de dichas madres al llegar por primera vez al Hospital, y realizar la comparación después de 6 meses en las madres constantes y desertoras.

Ψ Solicitar la autorización ya mencionada para realizar la aplicación del instrumento de autoestima en los niños con déficit de atención e hiperactividad en consulta externa del área de Paidopsiquiatría, ya que se tomaría la muestra de los niños al llegar al Hospital y se realizaría la comparación de niños sin medicamento y con medicamento.

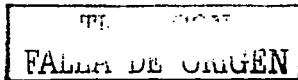
BIBLIOGRAFÍA

- Ackerman N. (1971), Diagnóstico y Tratamiento de las relaciones familiares. Buenos Aires, Argentina. Ed. Paidós.
- Alcántara J. (1993), Como educar la autoestima. Barcelona. CEAC.
- Alonso Paz Frida (1992), Identificación de los factores del ambiente Social – familiar que favorece el alto rendimiento escolar. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM.
- Alves M. (1985), Compendio de didáctica general 2ª Edición, México Ed. Kapeluz.
- Baeza Saldivar Claudia (1997), El desarrollo del autoconcepto, la autorregulación y la autoestima en niños preescolares. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM.
- Barkley R. (1995), Taking charge of ADHD. Guilford, Nueva York.
- Baum, W. (1998), Algunas variables que intervienen en el éxito escolar de los alumnos de la carrera de médico cirujano de la Facultad de medicina de la UNAM. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM.
- Baumrind D. (1971), Current patterns of Parental Authority. Developmental Monographs (1).
- Beauvoir, S. (1981), El Segundo Sexo. Los hechos y los mitos. Buenos Aires, Argentina. Ed. Siglo XX.
- Becerril Andrade María (1997), La disciplina y los estilos de Crianza su efecto en la autoestima. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM.
- Bizama Sánchez (1998), Educación y Autoestima. http://www.bcn.cl/pags/publicaciones/temas_actualed98_8.htm
- Bleichmar, N. Laiberman B. (1989), El Psicoanálisis después de Freud. México Ed. Eleia.
- Borba M. Y C. (1987), Self esteem: a classroom affair vol. 1-2 San Francisco. Harper.

- Borbolla , G. (1977), Algunos aspectos del papel de la mujer en la familia. Trabajo presentado en el primer simposio Mexicano Centroamericano de Investigación Social sobre la Mujer. Colegio de México y UNAM.
- Branden N. (1993), El poder de la autoestima. México Ed. Paidós .
- Bringas, R. (1987), La autoestima de la mujer mexicana a partir de su rol sexual, tradicionalismo, modernización y nivel socioeconómico. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM.
- Buss, A. (1980), Psicología General. México, Ed. Limusa.
- Campbell, S. B. Szumowski, E. K, Ewing, L. J; Gluck, D S. y Breaux, A. M. (1982). "Amultidimensional assessment of parent-identified behavior problem toddlers". Journal of Abnormal Child Psychology, 10 (4), 569-592
- Castillo A. Y Maldonado, Ma. (1996), Evitación del éxito en mujeres amas de casa y sus correlatos. Tesis de Licenciatura en Psicología . UNAM.
- Castro Orozco (1990), El impacto de la comunicación en las relaciones interpersonales entre padres e hijos. Tesis de Licenciatura en Psicología UNAM.
- Chodorow, N. (1984), El ejercicio de la maternidad. Barcelona, España. Ed. Gedisa.
- Coopersmith, S. (1967), The antecedentes os Self-esteem. San Francisco, Freeman.
- Coopersmith S. (1981), The Antecedents of Self-Steem. Consulting Psychologists Press, I.N.C. Palo Alto, Cal.
- Corbella, J. (1985), La Educación. Enciclopedia Práctica de Psicología Tomo III vol. 36.
- Corkille , Dorothy (1997), El niño feliz. Su clave Psicológica. Barcelona Ed. Gedisa.
- Dianol (1985), Diccionario Enciclopédico de Educación Especial. México. Ed. Santillana.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

- DSM IV (1995), Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales, México, Ed. Masson.
- Duran Delgado Rosa (1998), Autoestima en niñas Institucionalizadas. Tesis de Licenciatura en Psicología UNAM.
- Engelmayer, O. (1964), Psicología de la labor cotidiana. Buenos Aires, Argentina. Ed. Kapeluz.
- Erikson, E. (1976), Infancia y Sociedad. Barcelona. Paidós
- Esparza, L. (1990), Conflictos familiares como factor que influye en el aprovechamiento escolar. Estudio comparativo . Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM.
- Fayne E, Heredia C, y Lucio E. (1997), Psicodiagnóstico Clínico del niño. México. Ed. El Manual Moderno.
- Ferwilliger, J. (1971), Assigning Grades to Students. Glenview. Scott Foresman.
- Galán, G. y Marín M. (1985), Marco Teórico para el estudio del rendimiento escolar. Evaluación del Currículum: Perfiles Educativos (27-28) (26-45).
- García y García, B.E. (1985) , Factores relacionados con la satisfacción laboral en las mujeres. Estudio comparativo . Tesis de maestría .Facultad de Psicología. UNAM.
- Goldstein, S. Y Goldstein, M. (1992), Hyperactivity: Why won't my child pay attention?. Wiley, Nueva York.
- Gómez Pérez (1981), Autoestima expectativas de éxito o de fracaso en la realización de una tarea. Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social. Vol. 1 N° 1 135-156.
- Guarendi . R. (1989), Educación para el éxito. México, Ed. Pax.
- Gutierrez, I. (1994), La maternidad segura en su contexto conceptual en la maternidad sin riesgos en México. Ma. Del Carmen Elú y Ana Langer editoras, IMES A.C. Comité Procurados de la Iniciativa por la maternidad sin riesgos en México .
- Hernández, R y Fernández, C (1991), Metodología de la Investigación. México Ed.. Mc. Graw Hill.



- Hoffman M. (1994), Discipline and Internalization. Developmental Psychology 30 (1) 26-28.
- Holt, J. (1974), Cómo Aprenden los niños pequeños y los escolares. Buenos Aires, Argentina. Ed. Eudeba.
- Horrocks, J. (1984), Psicología de la adolescencia. México. Ed. Trillas
- Hurlock E. (1990), Desarrollo del niño. México. Ed. Mc. Graw Hill.
- Ibarrola A. (1978), La familia como agente transmisor de ideología y generador de Patología. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM.
- Janeway, E. (1973), El lugar de la mujer en el mundo del hombre. México Ed. Extemporáneos .
- Jiménez y C. (1977), Conocimiento del educando. Psicotécnica y Organización Escolar. México. Ed. Porrúa. S. A.
- Jiménez, E. (1998), Evaluación de un programa cognitivo conductual para mejorar la autoestima en adolescentes y adultos. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM.
- Jiménez M. (1994), Ambiente familiar y rendimiento escolar. Tesis de Posgrado en Psicología UNAM.
- Lagarde, M. (1997), Los Cautiverios de las mujeres. UNAM, colección de posgrado 3ª edición. México.
- Lara, C. A. (1989), Inventario de Autoestima de Coopersmith niños y adultos. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Lavín, S. (1984), Locus de control y rendimiento escolar en adolescentes. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM.
- López N. Y Domínguez R. (1993), Medición de la autoestima en la mujer Universitaria. Revista Latinoamericana de Psicología. 25: 257-273.
- Luzuriaga, I. (1972), La inteligencia contra sí misma. Buenos Aires, Argentina. Ed. Psiqué.
- Mansilla M. (1990), Efectos del ambiente familiar en la expresión de agresión en el adolescente. Tesis de Licenciatura en Psicología UNAM.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

- Martínez L. (1995), La influencia de la autoestima y la asertividad en un Programa UNAM
- Martínez Muñiz B. (1980), Causas del fracaso escolar y Técnicas para afrontarlo, Madrid, Ed. Narcea.
- Maslow A. (1973), El hombre autorrealizado, México. Ed. Paidós.
- McKay, M. Fanning D. (1991), Autoestima evaluación y mejora, España Ed. Martínez Roca.
- Mendoza Tapia Julieta (2000), Efectos de la Terapia de Integración Sensorial. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM .
- Miller, A. (1980), Por tu propio bien, España, Tusquets. Superfinos.
- Minuchin S, (1986), Familias y terapia familiar, México Gedisa Mexicana.
- Moreno Rangel A. (1994), Autoestima en madres con hijos autistas, Proyecto de Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Intercontinental, México.
- Muñoz Ramírez Martha (1995), Locus de control Orientación de logro y rendimiento escolar en adolescentes. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM.
- Mussen, Coger, Kagan (1987), Desarrollo de la Personalidad en el niño. México Ed. Trillas 2ª edición .
- Oñate, P. (1989), El autoconcepto, formación, medida e implicaciones en la personalidad, Madrid, Narcea
- Orjales Villar (1998), Déficit de Atención con Hiperactividad, Madrid, ed. CEPE.
- Osorio, S. Y Sánchez S. (1996), Estilos de Crianza en México, un estudio epidemiológico. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM.
- Paul Nuttall (2002) , La autoestima y los niños,
<http://www.nccc.org/Guidance/sp.estima.ninos.html>.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

- Pereda S. Méndez M. Morf A. Méndez J. Conesa P., y Núñez A. (1990). Motivo de logro, locus de control, OTF y rendimiento académico. Revista de Psicología General y Aplicada, 43 (2), 217-224.
- Piaget, J. Inhelder, (1984), Psicología del niño. Madrid. Ed. Morata
- Pick, S y López, A. (1979), Como Investigar en Ciencias Sociales. México. Ed. Trillas.
- Pini Angeles Elia (2001), Déficit de Atención por Trastornos de Hiperactividad. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM Iztacala.
- Polaino - Lorente (1988), Las depresiones infantiles. Madrid. Ed. Morata S.A.
- Ramírez Ma. (1993), Diferencias de autoestima y Locus de control en fumadores crónicos, incipientes y no fumadores. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM.
- Rendón Rocatti B.M. (1993). Formación del autoconcepto en niños y su influencia en el rendimiento escolar. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad de las Américas, México.
- Renshaw, D.(1977), El niño hiperactivo. México. La prensa Médica Mexicana. Ed. Fournier.
- Rioduero (Ed.), (1993). Diccionario de Ciencias de la educación. Madrid 3, 160-164.
- Salas M. y Ferrant J (1990). Los efectos de un programa de hábitos de estudio en el rendimiento escolar y en las actitudes de los alumnos. Enseñanza e Investigación en Psicología, 16 (1-2), 7 -20.
- Salas T. y Jurado B. (1995). La autoestima en madres primíparas y madres multiparas durante el puerperio. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM.
- Satir V. (1978), Relaciones Humanas en el núcleo familiar. México. Pax México.
- Secadas, I. Factores de Personalidad y Rendimiento Escolar. Revista Española de la Pedagogía. Vol. 37, 1952.
- Solloa García (2001), Los Trastornos Psicológicos en el niño. México Ed. Trillas

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

- Spitz René (1986), El primer año de vida del niño. México Ed. Fondo de cultura Económica.
- Strang, R. Crow L. y otros. (1966), Motivación y diferencias individuales en la Escuela. Buenos Aires, Argentina. Ed. Paidós
- Taylor, E.. (1991), El niño hiperactivo. Barcelona.
- Tovar, R. (1996), La autoestima en la mujer económicamente activa. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM.
- Uriarte V. (1989), Hiperquinesia, México. Ed. Trillas.
- Verdusco Álvarez Icaza M.A. (1989), Un estudio sobre la autoestima en niños de edad escolar: datos normativos. Salud Mental, 12 (3), 50- 54
- Verdusco Álvarez Icaza M.A. (1989), Programa de Apoyo en el área de autoestima para Padres de Niños con Trastornos de Atención. Salud Mental 12 (2), 25-27
- Verdusco Álvarez Icaza M.A. (1989), La Autoestima en Niños con Trastornos de Atención. Salud Pública México , 31 (6), 779-787
- Verdusco Álvarez Icaza M.A. (1992), La autoestima en niños con Trastorno por Déficit de Atención. Tesis de maestría. Facultad de Psicología. UNAM.
- Videla, M. (1990), Maternidad , mito y realidad. Buenos Aires, Argentina Tercera edición. Ed. Nueva visión.
- Villarino Gutiérrez Luz María (1998), Nivel de madurez mental y situación emocional en un grupo de niños con TDAH. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM.
- Vite San Pedro Silvia (1986), Autoestima de madres con trabajo doméstico y trabajo remunerado. Tesis de maestría. Facultad de Psicología. UNAM.
- Winnicott D. (1986), El niño y el mundo externo. Buenos Aires. Paidós.
- Zamora Baron Amalia (1999), Autoestima y Lactancia materna. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

ANEXO 1

1985
FALLA DE ORIGEN

CUESTIONARIO DE DATOS GENERALES

Instrucciones:

"Este cuestionario tiene por objetivo investigar algunos aspectos de personalidad, no hay respuestas correctas o incorrectas, por lo que le pedimos conteste todas las preguntas sin dejar ninguna de responder, siendo lo más sincera posible".

- De las respuestas que usted proporcione, dependerá la objetividad de este estudio.

GRACIAS

1.-Lugar de residencia:

Calle _____

Colonia _____

2.-¿Qué edad tiene usted?

- _____ 1.entre 25 y 30
_____ 2.entre 31 y 35
_____ 3.entre 36 y 40
_____ 4.entre 41 y 45
_____ 5.entre 46 y 50
_____ 6.más de 50

3.-¿Cuál es su estado civil?

- _____ 1.casada
_____ 2.unión libre
_____ 3.divorciada
_____ 4.separada
_____ 5.viuda

4.-¿Cuántos hijos tiene usted?

- _____ 1.1
_____ 2.2
_____ 3.3
_____ 4.4
_____ 5.5
_____ 6.6 ó más

5.-¿Cuáles son las edades de sus hijos?

TESIS
FALLA DE ORIGEN

6.-¿Cuál es su escolaridad?

- _____ Primaria completa
- _____ Secundaria incompleta
- _____ Secundaria completa
- _____ Estudios secretariales y/o comerciales
- _____ Preparatoria incompleta
- _____ Preparatoria completa
- _____ Profesional incompleta
- _____ Profesional completa cuál? _____
- _____ Estudios de posgrado cuál? _____

7.-¿Trabaja usted con remuneración económica?

- _____ 1. Si
- _____ 2. No

8.-¿Qué tan importantes son para usted las opiniones de las siguientes personas?, basándose en el siguiente código:

- 1. Nada importantes
- 2. Poco importantes
- 3. Ni importantes, ni no importantes
- 4. Importantes
- 5. Muy importantes

Esposo	_____
Hijos	_____
Padres y/o hermanos	_____
Suegros y/o cuñados	_____
Amigos	_____
Compañeros de oficina	_____

FALTA DE DATOS

CUESTIONARIO ALUSIVO AL DESARROLLO DE LOS HIJOS

Instrucciones:

"Este cuestionario tiene por objetivo investigar algunos aspectos de personalidad, no hay respuestas correctas o incorrectas, por lo que le pedimos conteste todas las preguntas sin dejar ninguna de responder, siendo lo más sincera posible"

- De las respuestas que usted proporcione, dependerá la objetividad de este estudio.

GRACIAS

1.-¿Alguno de sus hijos sufre algún trastorno físico o mental?

_____ 1. Si
_____ 2.No

2.-¿Tiene su hijo problemas de aprendizaje?

_____ 1. Si
_____ 2.No

3.-¿Tiene su hijo problemas de conducta?

_____ 1. Si
_____ 2.No

4.-¿Tiene su hijo problemas de tipo escolar como la escritura, lectura, manejo de matemáticas, etc.?

_____ 1. Si
_____ 2.No

5.-¿Tiene su hijo problemas Psicomotores?

_____ 1. Si
_____ 2.No

6.-¿Tiene su hijo problemas Psicológicos?

_____ 1. Si
_____ 2.No

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7.-¿Tiene su hijo problemas Neurológicos?

_____ 1. Si

_____ 2.No

8.-¿Tiene su hijo problemas de socialización ó aislamiento?

_____ 1. Si

_____ 2.No

9.-¿Cuál de ellos edad)? _____

Si respondió a las preguntas anteriores negativamente, suspenda este cuestionario y entréguelo.

Si respondió afirmativamente por lo menos a una pregunta, por favor continúe.

GRACIAS

10.-¿Qué enfermedad física o mental le han diagnosticado a su hijo?

11.-¿Quién diagnosticó a su hijo?

12.-¿Actualmente recibe su hijo algún tipo de tratamiento?

13.-¿Quién interviene en su tratamiento?

14.-¿Usted, de que forma interviene en el tratamiento de su hijo? (ya sea en casa, clínica, escuela, etc.).

**GRACIAS POR SU ATENCION,
AHORA POR FAVOR PASE AL
SIGUIENTE CUESTIONARIO**

TE.
FALLA DE ORIGEN

CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA

S. Vite San Pedro, 1986

Instrucciones:

"A continuación aparecen una serie de afirmaciones. Expresa su propia opinión personal aunque usted piense que otras personas pueden estar o no estar de acuerdo con lo que usted piensa, lo importante son sus opiniones personales. Por favor indique escribiendo las iniciales del siguiente código, en la raya de la izquierda de cada afirmación, su acuerdo o desacuerdo".

TA = TOTALMENTE DE ACUERDO

A = DE ACUERDO

I = NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO

D = EN DESACUERDO

TD= TOTALMENTE EN DESACUERDO

- _____ 1.-Cuando era niña mis padres me alababan los éxitos que lograba.
- _____ 2.-Las demostraciones de amor y cariño en mi familia eran frecuentes.
- _____ 3.-Creo que mis padres estaban orgullosos de mí.
- _____ 4.-Creo que mis padres mostraban poco respeto por mis opiniones.
- _____ 5.-Creo que yo era muy importante para mis padres.
- _____ 6.-Sabía que podía recibir toda la ayuda de mis padres.
- _____ 7.-Mis padres valoraban mis cualidades.
- _____ 8.-Mis padres tomaban en cuenta mis opiniones.
- _____ 9.-A menudo mis padres me comparaban con otros.
- _____ 10.-Mis padres eran personas ocupadas y tenían poco interés en mí.
- _____ 11.-Casi siempre mis padres respetaban mis decisiones .
- _____ 12.-Casi nunca recibí ayuda de mis padres.

- _____ 13.-Difícilmente lograba captar la atención de mis padres.
- _____ 14.-Frecuentemente mis padres demostraban gusto por lo que hacía.
- _____ 15.-Mis padres casi nunca me demostraban su cariño.
- _____ 16.-A mis padres les gustaba pasar el tiempo conmigo.
- _____ 17.-Difícilmente lograba una alabanza por parte de mis padres.
- _____ 18.-Los demás no se interesan por ni persona.
- _____ 19.-Creo que doy una buena impresión.
- _____ 20.-Cuando estoy en un grupo, usualmente no hablo mucho por miedo a decir algo inconveniente.
- _____ 21.-Los demás tienen un concepto negativo de mi persona.
- _____ 22.-Frecuentemente soy asediada por sentimientos de inferioridad.
- _____ 23.- Me siento mal conmigo misma.
- _____ 24.-Los demás piensan que tengo muchas cualidades.
- _____ 25.- Siento que tengo muchas limitaciones.
- _____ 26.-Los demás piensan que soy tonta.
- _____ 27.-Creo que la gente piensa bien de mí.
- _____ 28.-Me siento contenta como soy.
- _____ 29.-Creo que soy una persona preparada.
- _____ 30.-Con frecuencia la gente se ríe de mí.
- _____ 31.-Me siento inferior como persona .
- _____ 32.-Los demás tienen un buen concepto de mi persona.
- _____ 33.-Pienso que tengo muchas cualidades.
- _____ 34.-Me considero una mujer inteligente.

- _____ 35.-Disfruto platicar con mis hijos.
- _____ 36.-Mis hijos me tienen miedo.
- _____ 37.-Los demás opinan que he educado muy bien a mis hijos.
- _____ 38.-He logrado que mis hijos tomen sus propias decisiones.
- _____ 39.-Continuamente demuestro mi cariño a mis hijos.
- _____ 40.-La gente dice que me llevo bien con mis hijos.
- _____ 41.-Me gusta pedir la opinión de mis hijos cuando hay que decidir algo que les concierne.
- _____ 42.-Difícilmente me platican algo mis hijos.
- _____ 43.-Me gusta pasar el tiempo con mis hijos.
- _____ 44.-Me siento mal porque mis hijos han destacado en muy pocas cosas.
- _____ 45.-Los demás dicen que te presto poca atención a mis hijos.
- _____ 46.-Me molesta dar explicaciones a mis hijos.
- _____ 47.-He logrado ser una buena amiga de mis hijos.
- _____ 48.-Los demás dicen que soy muy buena madre.
- _____ 49.-Mis hijos me tienen mucha confianza.
- _____ 50.-Creo que los demás piensan que soy mala madre.
- _____ 51.-Con frecuencia castigo a mis hijos sin razón.
- _____ 52.-Algunas personas opinan que descuido mucho a mis hijos.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION

ANEXO 2

INVENTARIO DE COOPERSMITH

Consulting Psychologists Press.

Traducido y adaptado por Verduzco M.A., Lara Cantú M.A., y Cortés J.F.

Nombre _____ Fecha _____

Escuela _____ Grado _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Por favor marca cada oración de la siguiente manera:

Si la oración dice cómo te sientes, casi siempre, pon una cruz (x) debajo de "SI" en la misma línea.

Si la oración No dice cómo te sientes, casi siempre, pon una cruz (x) debajo de "NO" en la misma línea.

Ejemplo:

	SI	No
Soy muy trabajador		

SI ERES MUY TRABAJADOR MARCA SI

SI	No
X	

SI NO ERES MUY TRABAJADOR MARCA NO

SI	No
	X

No hay respuestas buenas ni malas.

	SI	NO
1.-Me gusta mucho soñar despierto		
2.-Me siento muy seguro de mi mismo		
3.-Muchas veces me gustaría ser otra persona		
4.-Le caigo bien a la gente		
5.-Mis padres y yo nos divertimos mucho cuando estamos juntos		
6.-Soy despreocupado		
7.-Me cuesta mucho trabajo hablar enfrente de la clase		
8.-Me gustaría ser más chico		
9.-Me gustaría poder cambiar muchas cosas de mí		
10.-Puedo escoger fácilmente lo que quiero		
11.-Soy simpático		
12.-En mi casa me enojo fácilmente		
13.-Siempre hago lo que está bien		
14.-Me gusta como hago mi trabajo de la escuela		
15.-Siempre necesito que alguien me diga lo que tengo que hacer		
16.-Me cuesta trabajo acostumbrarme a lo nuevo		
17.-Muchas veces me arrepiento de las cosas que hago		
18.-Casi todos mis compañeros me escogen para jugar		
19.-A mis papás les importa mucho lo que yo siento		
20.-Siempre estoy contento		
21.-Hago mi trabajo lo mejor que puedo		

	SI	NO
22.-Me doy fácilmente por vencido		
23.-Generalmente me cuido solo		
24.-Soy muy feliz		
25.-Prefiero jugar con niños más chicos que yo		
26.-Mis padres me piden que haga más de lo que puedo		
27.-Me cae bien toda la gente que conozco		
28.-Me gusta que me pregunten la clase		
29.-Yo entiendo como soy		
30.-Odio como soy		
31.-Mi vida es muy difícil		
32.-Mis compañeros casi siempre hacen lo que les digo		
33.-En mi casa me ignoran		
34.-Me regañan muy poco		
35.-Me gustaría hacer mejor el trabajo de la escuela		
36.-Cuando escojo hacer algo, lo hago		
37.-Me disgusta ser hombre (mujer)		
38.-Me choca mi manera de ser		
39.-Me choca estar con otras personas		
40.-Muchas veces me gustaría irme de mi casa		
41.-Pocas veces me da vergüenza		
42.-Me disgusta la escuela		
43.-Muchas veces me avergüenzo de mí		

	SI	NO
44.-Soy más feo (a) que los demás		
45.-Siempre digo lo que quiero		
46.-A los niños les gusta molestar me		
47.-Mis padres me comprenden		
48.-Siempre digo la verdad		
49.-Mi maestro me hace sentir que soy inútil		
50.-Me da igual lo que me pase		
51.-Todo lo hago mal		
52.-Me molesta mucho que me regañen		
53.-A los demás los quieren más que a mí		
54.-Mis padres son muy exigentes		
55.-Siempre sé que contestarle a la gente		
56.-Me aburre la escuela		
57.-Los problemas me afectan muy poco		
58.-Quedo mal cuando me encargan algo		

Diagnóstico _____

TESIS CON
FALLA DE CREEN

ANEXO 3

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¿Qué es la autoestima?

- El precio, la consideración y la valoración que nos otorgamos a nosotros mismos
- Es el juicio personal de valía que se expresa en las actitudes que la persona mantiene respecto a ella misma.
- Es el concepto que tenemos de nuestra valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros hemos ido recogiendo durante nuestra vida; creemos que somos listos o tontos, nos gustamos o no. Los millares de impresiones, evaluaciones y experiencias así reunidos se conjuntan en un sentimiento positivo hacia nosotros mismos, o por el contrario, en un incómodo sentimiento de no ser lo que esperábamos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Características de niños con autoestima

Positiva:

Por lo general, los niños con autoestima positiva:

- Ganan amigos fácilmente
- Muestran entusiasmo en las nuevas actividades, se entregan a ellas
- Son creativos, cooperativos y siguen las reglas, si son justas.
- Pueden jugar solos o con otros, saben defender sus derechos y respetan los de los demás.
- Les gusta tener sus propias ideas, las defienden y mantienen cuando son razonables.
- Demuestran estar contentos, ilusionados, llenos de energía, interaccionan con otros sin mayor esfuerzo.
- Son poco propicios a las situaciones depresiva

Negativa:

Por lo general, estos niños verbalizan frases como las siguientes:

- No puedo hacer nada bien (Impotencia)
- No puedo hacer las cosas tan bien como los otros (Minusvaloración)
- No quiero intentarlo. Sé que no me va a ir bien (Indefensión, incapacidad)
- Sé que no lo puedo hacer (Autonegación)
- Sé que no voy a tener éxito (Anticipación negativa de la realidad y confirmación de la misma)
- No tengo una buena opinión de mi mismo (Inaceptación psicofísica)
- Quisiera ser otra persona (Busca modelos que imitar, no siempre con valores)

Estrategias para fortalecer la autoestima en los niños.

▣ Como padre, como educador, intente siempre elogiar los éxitos de los niños (aunque sean muy pequeños). Refuerce los logros aunque éstos sean mínimos aparentemente.

▣ Demuestre cariño de una forma natural, auténtica, sincera. Expresé y haga saber verbalmente su sentimiento. Su hijo lo necesita.

▣ Es mejor sugerir a los niños qué cosas pueden y deben hacer, en lugar de ordenar lo que no deben realizar o lo que les queda prohibido,. La actitud positiva prepara cognitivamente al niño para hacer las actividades que se le propongan.

▣ En lugar de: " No juegues aquí con esa pelota", dígame: en el patio puedes jugar con la pelota. En lugar de "No maltrates al perrito", dígame: juega con tu mascota con más cuidado, también sienten el dolor cuando es maltratado.

▣ Deje claro y haga saber a los niños que sus errores son una parte natural del crecimiento. Todos, incluyendo los adultos, cometemos errores. Pero hay que cometer los menos posibles. No enfatice los fallos. Refuerce los éxitos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

• Siempre que pueda procure ignorar o no dar demasiada importancia a las conductas infantiles cuando son discretamente desadaptadas: rabieta, etc., busque un momento adecuado, y aparte, manifieste su descontento, pero procure no afean la conducta de modo público, en presencia de los amigos /as o compañeros /as.

• Muestre agradecimiento a sus niños cuando éstos cooperen cuando le ayuden, cuando se expresen de buena forma hacia los demás, cuando obedezcan y reaccionen de forma positiva.

• Acuérdesse que se necesita tiempo y práctica para aprender nuevas destrezas. Los niños aprenden conductas novedosas de forma progresiva, no todas a la vez.

• Responda con cariño y refuerzos verbales cuando los niños se portan bien. Explique con franqueza qué fue lo que le gustó de su comportamiento.

• Acepte y respete la familia y cultura de cada niño. No hay dos niños iguales. Todos son únicos.

• Sugiera actividades que los niños puedan superar con facilidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

■ Cuando un niño se porte mal, aprenda a separar el mal comportamiento de la personalidad de niño. Dígale por ejemplo: No me gusta cuando tiras los juguetes, pero me gustas como persona. Sé que lo harás mejor mañana. Déjele saber al niño que crees en él o ella, que a pesar de todo, sigues confiando y le permites otra oportunidad para su seguridad y la realización del objetivo.

Conductas que padres y educadores deben evitar

Existen algunas prácticas que deberían ser evitadas por parte de los padres y educadores para no contribuir a incrementar los sentimientos de desvalorización de hijos y alumnos, veamos:

• **Calificar de malos o torpes a los hijos/alumnos por cometer errores.** Ojo: nadie es perfecto. Los repetidos mensajes del adulto denunciando la maldad del niño, llegarán a convencerle de que él no es capaz de buenas acciones. Efecto Rosenthal: Confirmación por parte del niño de las creencias que tienen los padres

• **Sorprender siempre a los chicos cuando no se están comportando de forma positiva y/o esperada y nunca se les refuerza cuando se portan de modo adecuado.** La carencia de refuerzos positivos hace que las conductas adaptadas no se repitan. Es posible que al no reforzar modos de comportamiento adaptados, aparezcan conductas desajustadas en un intento de llamar la atención.

• **Transmitir al niño constantemente la idea de que le falta algo, de que es incompetente, de que tan sólo es aprendiz de persona.** Esta actitud torna al niño incapaz e inseguro, siempre a la espera de intentar ser lo que no es cada etapa de su vida. Esta actitud es muy propia de profesores y padres perfeccionistas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

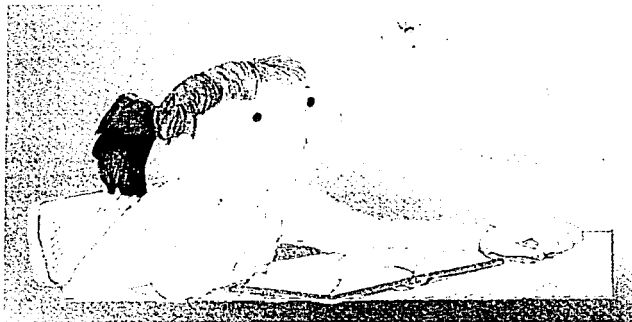
❑ **Ofrecer a nuestros hijos un modelo pobre sobre nosotros mismos, mostrándonos poco competentes.** El niño asimila de modo inconsciente estos modelos de identificación. No olvidemos: el niño también percibe el inconsciente de los padres, su autenticidad, la consistencia de sus argumentos y valores.

❑ **Criticarles mordazmente cuando cometen errores en lugar de sugerirles soluciones y enseñarles a descubrir las causas que les condujeron al fracaso.** La crítica permanente genera incertidumbre, odios, resentimientos, en algunos casos agresividad. En otros casos, el niño se repliega e inhibe su acción.

❑ **Hablar negativamente de los hijos cuando están presentes, no tratarlos como a personas sino como a fracasados.** Este comportamiento de los padres en los niños de cierta edad deja serias heridas, soledad, desvalimiento, e indefensión aprendida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SUGERENCIAS PARA PADRES



- Asegúrese de que el niño duerma lo suficiente
- Evite situaciones de estrés por la mañana, para que el niño no llegue irritable a la escuela.
- Prepare un desayuno nutritivo
- Evite enviarle para lunch comida chatarra
- Establezca reglas, límites y horarios para el estudio y tareas
- Intercale periodos de descanso y relajación entre tareas y trabajos
- Enseñe al niño a emplear notas para recordar cosas
- No envíe a la escuela al niño con distractores (juguetes, relojes ruidosos, etc).

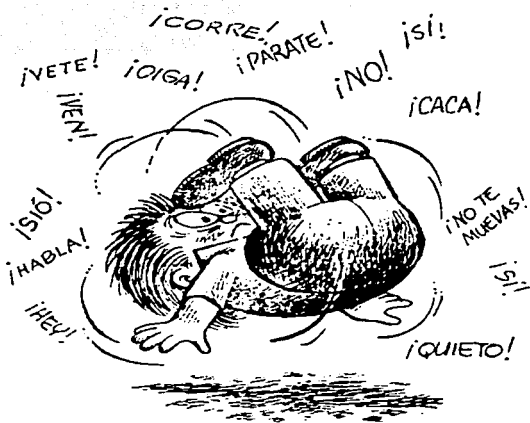
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Guía para padres:

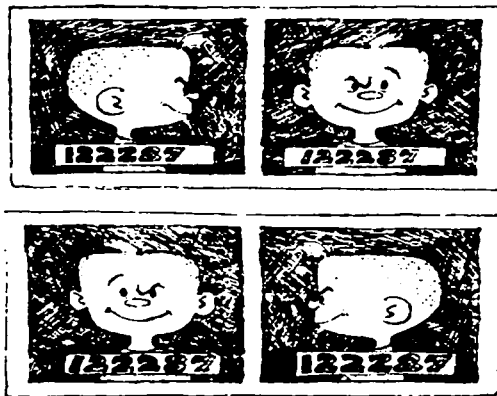
- ▶ Los padres deben darle al niño diagnosticado con TDAH, una simple pero correcta explicación de su problema, para hacerle comprender cómo el desorden le afecta.
- ▶ Se debe explicar a todos los miembros de la familia, el problema del niño, a efecto de lograr la comprensión, respeto y apoyo de ellos.
- ▶ Elaborar una lista de las reglas y revisarlas con toda la familia. Debe asegurarse que cada una de ellas es comprendida, y tener ésta en un lugar visible.
- ▶ Asignarle al niño tareas que él puede realizar con facilidad, y establecer un sistema de gratificación o premiación por completar cada tarea.
- ▶ Incrementar en forma gradual la dificultad de las tareas, esto le ayudará al niño a desarrollar su sentido de responsabilidad.

FALLA DE ORIGEN



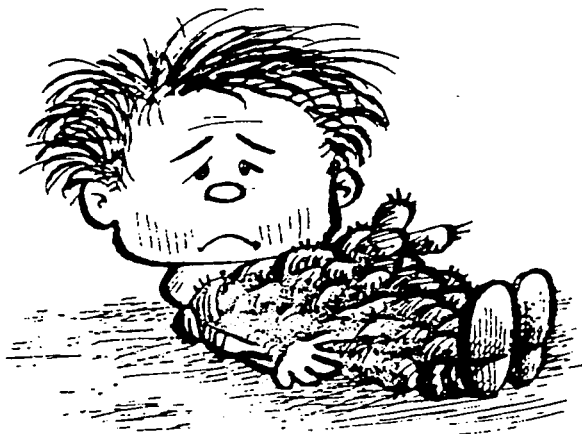
- Cuando se dan instrucciones verbales al niño con este trastorno, se debe mantener contacto visual con él.
- Dar al niño instrucciones directas, es benéfico.
- Animarle a hacer nuevas listas de tareas que puede realizar, y a participar en la evaluación de éstas.
- Los niños con TDAH necesitan rutinas. Se debe establecer horario y respetar éstos.
- Evitar gritos y castigos.
- Es recomendable diseñar un lugar específico para la realización de tareas y trabajos, el cual le permita enfocar su atención solamente en estas actividades. Deben evitarse estímulos que le distraigan.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



- Establecer metas personales, permitiendo que el niño participe en la determinación de éstas.
- Una vez establecidas las metas, elaborar un contrato entre padres e hijo. Primero se debe discutir cada meta, posteriormente escribir sobre ésta y firmarla.
- Los padres deben asegurarse de que las expectativas que tienen del niño con TDAM sean realistas, y que las consecuencias que reciban lo sean también. Las expectativas deben ser acorde a lo que realmente el niño pueda lograr lo contrario solamente incrementará su frustración.
- Ayudar al niño a encontrar una actividad, en la cual él puede desarrollarse a su máximo, y se sienta motivado. Se debe evitar actividades, en las cuales sea comparado y que no involucren la competencia.
- Las instrucciones para la realización de las tareas, deben darse una a una.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



- Enseñar al niño el hábito de anotar pendientes, como una manera de recordarle cosas.
- Ignorar conductas que causan desagrado, cuando el niño deje de hacerlas, los padres volverán a ponerle atención.
- Los padres deben aprender a diferenciar dos términos, que se prestan a confusión al lidiar con el niño con este desorden : desobediencia e ineptitud para realizar ciertas conductas o actividades.
- El estado de ánimo y temperamento (impulsividad y frustración), de los padres interferirá desfavorablemente en el manejo del niño con TDAH.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¿COMO FOMENTARLE AL NIÑO UNA BUENA AUTOESTIMA?



1. Devolviéndole una imagen positiva y ajustada de sí mismo. Si le vemos en su aspecto positivo, sin inflar, ni exagerar ningún aspecto, aceptándole; lo estamos consiguiendo.



2. Motivándole a afrontar el conocimiento de lo que le rodea con curiosidad e interés. Creando un clima de descubrimiento agradable y positivo.



3. Reforzándole en sus logros. No recalcando sus fracasos. Lo que ha hecho mal no se lo podemos presentar como algo que está bien, pero podemos enfatizar su empeño.



4. Dándole la oportunidad de que se enfrente a los conflictos y ponga en juego sus habilidades para resolverlos autónomamente.

TESIS CON
FALLA DE CUBIEN



5. Criticar sus actos, nunca a su persona. Cuando tengamos que limitar su acción, podremos explicarle que lo que ha hecho no está bien, no nos gusta, pero diferenciándolo claramente de lo que es su persona. Es decir, podemos expresarle: "Eso está mal", nunca le diremos: "Eres un desastre".



6. Asegurarle nuestro cariño y afecto incondicional, independientemente de sus logros y comportamiento. El niño necesita sentirse seguro y querido por sí mismo.



7. No utilizar los castigos. El castigo ha demostrado ser totalmente inútil para regular la conducta a medio y largo plazo, a corto plazo puede servir momentáneamente pero sin interiorizar el sentido de la norma, con un daño en la propia estima, dolor emocional, resentimiento hacia la persona que castiga, y deseo de vengarse volviendo a transgredir cuando no sea visto.

TRABAJO CON
FALLA DE CREEN



8. Facilitar al niño una salida "airosa" del conflicto. Cuando a un niño se le niega algo que quiere, o se le impide que lleve a cabo una acción determinada. Es conveniente ofrecerle y ayudarle a tomar una opción alternativa e incompatible con la anterior y que sea adecuada. Una salida airosa para él, respetando la norma. Si es posible eligiendo entre varias.



9. Permitirle la expresión de sus sentimientos. Las emociones personales son el último reducto de la intimidad. No se debe enseñar a los niños a disfrazarlas desde pequeños. Se puede exigir un control sobre la acción, no sobre la emoción. En un ambiente afectivo adecuado las emociones irán madurando positivamente.



"Esto supone el mirar a los niños con respeto y cariño, con una visión que no esté nublada por los propios temores y esperanzas, siendo capaces de reconocer sus capacidades, de reforzarlos y criarlos y ayudarles a reconocer qué es lo que hay de especial en cada uno de ellos".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN