

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

**EVALUACIÓN PSICOSOCIAL DEL TRASTORNO POR
DÉFICIT DE ATENCIÓN EN NIÑOS Y NIÑAS EN EL
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DR. JUAN N. NAVARRO**

MODALIDAD: TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

**NOMBRE DE LA AUTORA: PAULINA CARBELLIDO
OLAYA**

**NOMBRE DEL DIRECTOR DE TESIS: NOMA GUZMÁN
MÉNDEZ**

2006



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.

A mi Gran Padre

Por convertir cada instante de mi vida en sabiduría y así ayudarme a construir mi futuro. Este logro es tuyo; Te amo.

A mi Gran Madre

Por ser uno de los principales pilares en mi vida que me ha ayudado no solamente en ser una profesionista sino ser una mejor persona cada día. Te amo.

A mi Hermana

Por enseñarme que pese a las circunstancias que se presenten jamás darme por vencida. Te admiro.

A mi Hermano

Por enseñarme el significado de la palabra *perseverar* a través de sus acciones y de que no existen límites, que sólo es cuestión de coraje. Te Quiero.

A mis sobrinos Emilio y Uriel

Por enseñarme a ver la vida con alegría y nunca rendirme.

A mi sobrino David

Por enseñarme lo frágil que somos y apreciar más el milagro de la vida.

A mi abuelita

Por ser el principal mástil que une a mi familia. Por creer en mí.

A mis cuñados

Por el apoyo moral incondicional que me han dado.

A mis Tíos y Tías

Por enseñarme a que todo lo que deseo hacer es cuestión de *voluntad*.

A mis Primos y Primas

Por estar constantemente impulsándome en el transcurso de mi vida.

A mis Amigos y Amigas

Por sus constantes enseñanzas a lo largo de mi carrera. Por su apoyo, gracias.

A la Universidad

Por darme la luz del conocimiento y formarme como profesionalista.

A mi asesora Norma Guzmán

Por ayudarme a concluir una etapa muy importante en mi vida: la culminación de mi tesina.

*“El éxito es fácil de obtener, lo difícil es merecerlo”
Albert Camus*

INDICE

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1	
1.1 Socialización	6
1.2 Teoría del Desarrollo Psicosocial	18
1.3 Desarrollo del niño/a con TDA	26
Capítulo 2	
2.1 Problemática	36
2.2 Propósito	36
Capítulo 3	
3.1 Actividades Desarrolladas	37
3.2 Análisis de Resultados Obtenidos	43
Capítulo 4	
4.1 Propuesta de Evaluación Psicosocial	49
4.2 Calificación e Interpretación de los cuestionarios	53
Capítulo 5	
5.1 Conclusiones	60
Bibliografía	67

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es hacer una propuesta de evaluación psicosocial, con los niños/as diagnosticados clínicamente por el servicio de Psiquiatría, como Trastorno por Déficit de Atención, con lo cual se establece una evaluación diferencial entre el enfoque clínico y psicosocial mostrando la importancia de la evaluación psicosocial en el ambiente familiar y escolar. El trabajo se fundamenta en el planteamiento de la socialización y la teoría del desarrollo humano destacando la influencia de la familia y la cultura dividiéndolo en 8 períodos de edad de la vida humana y dependiendo de las posibilidades de los escenarios para que el niño/a logren su resolución, se conformará la realidad social de cada individuo. Para la evaluación clínica se emplearon pruebas psicológicas y entrevista sobre el desarrollo, encontrándose que el ambiente en donde se desarrolla cada niño/a influye en el Trastorno por Déficit de Atención.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la infancia y la adolescencia abarcan gran variedad de problemas conductuales, que van desde perturbaciones graves que afectan muchos aspectos de la conducta hasta trastornos de desarrollo menos graves que de manera típica se limitan a un área determinada.

El Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, ha recibido una gran variedad de nombres, debido a que ha sido estudiado por varias disciplinas, debido a esto se han establecido diferentes hipótesis etiológicas, desde las cuales se han formulado una variedad de nombres relacionados a este trastorno, entre los que destacan el de *Lesión cerebral mínima*, *Disfunción mínima*, *Síndrome del niño hiperactivo* y *Síndrome hiperkinético*. Las conductas que manifiesta el niño/a con este trastorno son conflictivas por la frecuencia con que se presentan, su excesiva intensidad y la inoportunidad del momento en que suceden. Dificultades de atención e impulsividad son rasgos comunes en todos los niños con Trastorno por Déficit de Atención con ó sin Hiperactividad. (Taylor, 1990)

Lara (2002) en su investigación reporta que del 3% al 5% de los niños menores de 10 años son hiperactivos. Esta conducta es 10 veces más frecuente en los niños que en las niñas. La hiperactividad es considerada la alteración infantil más frecuente.

El TDA es de origen multicausal donde se comprenden aspectos biológicos, psíquicos y sociales, por esta razón, la participación del psicólogo juega un papel muy importante en el diagnóstico y tratamiento de este trastorno. Para desarrollar una evaluación fina sobre la situación personal de quien presenta este trastorno, el psicólogo cuenta con una serie de técnicas dirigidas a valorar las diferentes esferas de los procesos cognitivos. A través de estas técnicas se identifican el

desarrollo de las diferentes habilidades cognitivas y de socialización en particular con lo que se espera para la edad del infante en cuestión.

La evaluación diferencial para el diagnóstico más adecuado es identificar los aspectos de mayor peso presentes en el problema del infante, es decir desde la concepción clínica, donde se consideran factores genéticos y bioquímicos siendo el tratamiento con fármacos como metilfenidato (ritalin), y desde la perspectiva psicosocial donde se enfatiza la relación interpersonal que implica factores emocionales y de socialización atendiendo a la modificación de pautas de comportamiento y de interrelación que favorezcan la superación del problema.

Jaimes (1999), afirma que la prevalencia del TDA es estimada en 3 y 5% de los niños en edad escolar. En cuanto a sexo, se informa una mayor proporción en niños; las niñas presentan el mismo déficit de atención y concentración que los niños, pero no muestran respuestas impulsivas ya que, tienden a internalizar los síntomas, manifestando problemas de depresión y ansiedad.

Algunas de las dificultades en la atención y en los trastornos de la conducta (impulsividad) provienen o influyen del medio familiar o del ambiente sociocultural en el que se desempeña un sujeto. (Renshaw, 1977)

Es por eso que, es importante saber en qué ambiente familiar se está desarrollando el niño/a, ya que, un ambiente familiar caótico, estresante y desestructurado podrían acentuar la hiperactividad del niño, pero no generarla.

El Trastorno por Déficit de Atención, en el ámbito escolar constituye una fuente de preocupación para los padres y maestros, ya que con frecuencia son indicadores de que algo no funciona bien en el niño/a y esto puede conducir a que sea rechazado por sus compañeros o por la Institución. El ámbito escolar es el medio en el que el niño/a interactúa con extraños, pone a prueba sus aptitudes intelectuales y allí se pueden comparar sus rendimientos con los de otros niños/as que atraviesan la misma etapa evolutiva. En el caso de la mayoría de los niños/as

en edad escolar diagnosticados con este trastorno, presentan dificultad en su capacidad de atención, es decir, no poseen la habilidad para atender a más de un estímulo a la vez, su atención selectiva se encuentra disminuida, no es capaz de responder a los aspectos esenciales de una tarea o situación, y pasar por alto o abstenerse de hacer caso de aquellos que sean irrelevantes, asimismo su atención sostenida es muy pobre, debido a que no es capaz de mantenerse consciente en los requerimientos de una tarea y ocuparse de ella por cierto tiempo; por lo cual, este tipo de niños/as presentan dificultades académicas y sociales. (Kirby, 1992)

Cuando el niño/a con TDA ingresa al jardín de niños o al primer año de primaria, sus esporádicos e irregulares períodos de atención en la enseñanza de reglas básicas para decodificar el lenguaje, el deletreo y la aritmética, dan lugar a que aprenda mal y rinda poco en la escuela. No realiza o no termina sus tareas, las efectúa desordenadamente, o con muchos errores. Las instrucciones para realizar actividades sentadas u otros trabajos no son atendidas, se les entiende mal o se las pasa por alto. Como no progresa en la escuela y obtiene retroalimentación negativa, el pequeño/a deja de esforzarse. De inmediato, empieza a idear formas de hacer más interesante la aburrida y frustrante rutina académica (por lo que ya no se concentra en los conocimientos impartidos), dando origen a un círculo vicioso. Una manera de lograr que la escuela sea interesante y tolerable, y acorde con las predisposiciones del niño/a con TDA, es convertirse en el bufón o en el latoso de la clase. También puede ser que el niño se vuelva exageradamente sociable. Al principio a otros niños les gusta la frescura de su compañero con TDA, pero las mismas tendencias que dan lugar al fracaso académico, llevan a dificultades de ajuste social. (Kirby, 1992)

Los efectos acumulados del fracaso, castigo, rechazo, e inadaptación comienzan a resentirse, y el niño/a de 11 ó 12 años con TDA empieza a manifestar los efectos negativos de dichas experiencias. En la edad adulta con frecuencia disminuyen poco los síntomas, cuando se encuentra una vocación que no requiera mucho las habilidades y capacidades de las que se carece.

El presente trabajo está basado en la Teoría del Desarrollo Humano y en el planteamiento de la socialización debido a que, se hace un seguimiento del desarrollo de la personalidad en el transcurso de la vida y se destaca la influencia de la sociedad y la cultura, dividiéndolo en ocho periodos de edad de la vida humana. Estas se manifiestan en momentos determinados, según el nivel de madurez de cada persona. Si el individuo se adapta a las exigencias de cada crisis, el yo continuará su desarrollo hasta que se presente la próxima etapa. Si la crisis no se resuelve de modo satisfactorio, interferirá en el desarrollo sano del ego.

Un niño/a que presenta algunos indicadores del TDA en la escuela, el servicio de USAER los canaliza al Hospital psiquiátrico Infantil, donde el Psiquiatra lleva a cabo una evaluación clínica, diagnosticándolo con Trastorno por Déficit de Atención, después se canaliza al servicio de Psicología, donde se hace una valoración de los procesos cognitivos de cada niño/a y se hace una propuesta de tratamiento psicológico (terapia de grupo, terapia psicopedagógica, etc.).

CAPÍTULO 1

1.1 Socialización en el niño/a

Uno de los factores fundamentales para el desarrollo psicosocial es la manera en como los niños/as están interactuando con el ambiente que les rodea, los adultos, y los padres en particular, son personajes esenciales de su existencia. A medida que crece el ámbito de las relaciones se amplía, y hermanos, amigos y otros adultos empiezan a desempeñar un papel cada vez más importante. Sin duda, la madre desempeña un papel único en las primeras etapas del desarrollo y las conductas maternas han sido cuidadosamente seleccionadas, ya que hacen posible y facilitan la supervivencia de cada infante. Cuando transcurre el tiempo el infante, necesita empezar a relacionarse con otros individuos ampliándose así el ámbito de las relaciones sociales.

La actividad social del infante varia mucho en las distintas etapas, de acuerdo con el desarrollo de las capacidades de cada uno, su capacidad cognitiva va haciendo posible distintas formas de interacción: tener en cuenta las necesidades de los otros, anticipar sus respuestas, responder a su interés, y como resultado de esas interacciones se va favoreciendo el desarrollo de las capacidades necesarias en cada momento. Las cosas empiezan a cambiar y el infante va mostrando un interés creciente por los otros niños, a este proceso se le denomina interacción social, que es cuando los compañeros se distinguen de los objetos inanimados, y su conducta se va haciendo cada vez más social, adaptando la conducta hacia los otros y muchas veces manifestando también signos de agresión social (quitarse los juguetes con otros niños). Es a través de este proceso como adquiere un conocimiento de los otros y gracias a esa experimentación el infante va descubriendo los caracteres propios de los seres humanos (Delval, 1977).

A partir de los 6-7 años empiezan los juegos de las reglas y a través de ellos el niño se descubre socialmente. En los juegos en donde se tienen reglas se aprenden situaciones sociales propias, creadas por los mismos infantes.

El grupo tiene una gran influencia en la socialización y es un método muy eficaz para someter la conducta del individuo a las normas sociales. Los grupos ofrecen al infante un apoyo y un sentimiento de pertenencia a una comunidad con las que se participa en actividades. Los grupos se forman en función de las semejanzas. Las semejanzas y el parecido constituyen importantes factores de cohesión social y los individuos tienden a relacionarse con otros a los que considera semejantes o parecidos en algún tipo de conducta o alguna característica. El grupo tiene un efecto regulador sobre la conducta de los individuos, y hace que se establezca una norma de conducta dentro del grupo, de tal manera que las conductas que se desvían respecto a esa norma son castigadas de una manera o de otra, desde la reprobación y el rechazo del grupo. La cohesión del grupo aumenta a lo largo de la infancia y en la adolescencia toma características especiales. Con la aproximación de la adolescencia, las cosas cambian. Los juegos empiezan a hacerse mixtos. Son la ocasión de nuevos descubrimientos. Los grupos se amplían y se establecen relaciones de amistad más estrechas y muchas veces duraderas.

Delval (1977) comenta que: El contacto con otras personas permite al infante construirse como ser social. Toma conciencia de lo que es cuando ve a los otros. La primera toma de conciencia que tiene lugar en el infante, es muy difusa y es la que se produce como efecto de las resistencias que los otros le presentan. Los otros son tan necesarios que sin ellos el infante no llegaría a ser un ser social. El contacto con los otros permite hacer un lugar en la jerarquía social de cada grupo.

Aprender hacer las cosas con los otros, es aprender a cooperar que es una capacidad fundamental, del desarrollo social. A lo largo del desarrollo del infante, las relaciones sociales aumentan. Empiezan a aparecer actividades recíprocas, en las que uno da y el otro recibe.

La aparición del lenguaje permite aumentar las posibilidades de coordinar la acción, aunque en un principio, el lenguaje sólo constituya un elemento más de esa acción. En estas relaciones ya se empieza a observar preferencias hacia los

compañeros de actividades, y cada niño/a elige con quien jugar por capacidades físicas semejantes, por una cierta homogeneidad.

Esta sociabilidad se refiere a hacer cosas juntos más que a estar juntos. El 88% de la actividad de los niños hace intervenir un objeto tal como un juguete. El objeto constituye un centro de atención en torno al cual se realiza una actividad de tipo social. A lo largo del desarrollo del infante, las relaciones sociales aumentan. Empiezan a aparecer actividades recíprocas, en las que uno da y el otro recibe. La aparición del lenguaje permite aumentar las posibilidades de coordinar la acción, aunque en un principio, el lenguaje sólo constituya un elemento más de esa acción.

Wallon (1977), hace referencia al juego afirmando que es una etapa de su evolución, y que podría descomponerse en periodos sucesivos, denominándolos juegos funcionales, juegos de ficción, juegos de adquisición y juegos de elaboración. Los primeros están constituidos de movimientos muy simples como estirar y doblar los brazos, o las piernas, agitar los dedos, tocar los objetos, hacerlos balancear, producir ruidos o sonidos. Los segundos se refieren a jugar con muñecas, aquí interviene una actividad cuya interpretación es más compleja.

En los juegos de adquisición, el niño/a hace esfuerzo por percibir y comprender cosas y seres, escenas, imágenes, cuentos, canciones. En los juegos de elaboración, el niño se complace en reunir, hacer combinaciones con los objetos, modificarlos, transformarlos y crear otros nuevos. El juego, es una tarea que impone al hombre las necesidades prácticas de su existencia o las preocupaciones por su situación y por su persona. El juego, es una distensión, como si fuera un escape y también un impulso, ya que bajo tales exigencias es el inventario libre o toque final de estas o aquellas disponibilidades funcionales.

Hay juego en la medida en que se presenta la satisfacción de sustraer momentáneamente el ejercicio de una función a la presión o a las limitaciones

que normalmente rodean a las actividades, es decir, aquellas que guardan un lugar más eminente en las formas de adaptación al medio físico o social.

El niño/a repite en sus juegos las experiencias que acaba de vivir. Reproduce, imita. Para los más pequeños, la imitación es la regla de los juegos, la única que les es accesible ya que no pueden superar el modelo concreto y vivo para llegar a la abstracción. Su comprensión al comienzo, no es más que una asimilación personal de los demás y de él por los otros, asimilación en la que la imitación desempeña un gran papel. La imitación en el niño/a no es indiscriminada; es selectiva. Se refiere a las personas que tienen mayor prestigio para él, que llegan más a sus sentimientos y que ejercen una atracción en la cual, sus afectos no están ausentes. Pero al mismo tiempo es el propio niño/a quien se convierte en esos personajes. Completamente absorbido por lo que está haciendo se imagina estar en el lugar que otros ocupan. El sentimiento más o menos latente de su usurpación va a inspirarle, muy pronto, sentimientos de hostilidad contra la persona modelo que no puede eliminarla y de quién continua sintiendo a menudo y en todo instante una inevitable y desconcertante superioridad, aspecto que lleva al niño a oponer una resistencia de sus necesidades de acaparamiento y de preferencia para sí mismo. (Wallon, 1977)

Piaget (1980), define el término "social" como un proceso interindividual de socialización y a la vez cognoscitivo, afectivo y moral. La evolución afectiva y social del niño obedece a los aspectos afectivos, sociales y cognoscitivos de la conducta que son indisociables. El término social puede corresponder a dos realidades distintas, desde el punto de vista afectivo y cognoscitivo: existen las relaciones entre el niño y el adulto, que son fuente de transmisiones educativas y lingüísticas, aportaciones culturales desde el punto de vista cognoscitivo y fuente de sentimientos específicos y, en particular de los sentimientos morales desde el punto de vista afectivo; pero las relaciones sociales entre los propios niños/as es un proceso continuo y constructivo de socialización, y no solo de transmisión en sentido único. Existe un proceso de socialización, que es progresivo, de tal modo que, a pesar de las apariencias, la individualidad tendiente a la autonomía en el

niño de 7 años o más, está más socializada que el yo en interdependencia en la primera infancia; y que, pese a las apariencias, esas interdependencias sociales iniciales de 2 a 7 años atestiguan un mínimo de socialización por estar insuficientemente estructuradas. La situación más favorable en esta etapa del niño/niña, son los juegos que dan el impulso de la vida social entre los niños. En ciertos ambientes escolares en que los niños trabajan, juegan y hablan libremente, no están destinadas todas a suministrar informaciones ni a plantear preguntas, es solo un lenguaje socializado; a menudo las pláticas entre los niños/as consisten en monólogos colectivos durante las cuales uno habla para sí, sin escuchar a los demás (lenguaje egocéntrico). Asimismo la dificultad de los niños/as para hacerle captar la información deseada al interlocutor es muy compleja, solo mediante un largo ejercicio llega el niño/a a hablar, no para sí, sino con la perspectiva del otro. El niño/niña habla en función de sus limitaciones y de sus posibilidades.

Fitzgerald (1992), propone 4 postulados con relación a la socialización inicial, que destacan la naturaleza interactiva del proceso; 1) Desde el momento de nacer, el lactante es un organismo social; 2) El lactante se comporta socialmente, es decir, la conducta del lactante se mantiene o modifica la conducta de las otras personas; 3) El lactante socializa a otros; y 4) Es el padre y/o madre el que proporciona al infante un ambiente, la comodidad y seguridad, y una información reforzadora acerca de lo apropiado de la conducta del infante. Durante el desarrollo del infante descubre la importancia de determinadas acciones, como el intento de experimentar la fuerza de las normas y la paciencia de los adultos; y a través de las prohibiciones por parte de los adultos, es capaz de organizar su mundo social. Con base en esto el infante construye no sólo su propia mente sino la mente de los otros. Es capaz también de comprender la causalidad psicológica, es decir, la influencia que tienen los impulsos de los otros sobre las acciones que las otras personas realizan. Todo esto pone de manifiesto que desde muy temprano el infante va especializando una parte de su conducta para interactuar con el mundo social y que está bien dotado para ello. Lo que hace el infante es utilizar sus capacidades generales para explorar distintos ámbitos de la realidad y así va descubriendo sus características. El proceso de socialización proporciona los

medios para que el niño/a, y más específicamente, el joven, pueda detectar las rupturas con las normas sociales.

Detecta también las maneras, socialmente adecuadas, para ir más allá de las normas y hacer efectivas estas rupturas. Por ejemplo, un niño/a rebelde descubre dónde y cómo rebelarse, siendo este proceso una adquisición social muy importante.

Cada niño/a va desarrollando su propio idioma, con base en experiencias de socialización aprende su lengua. La socialización es un proceso complejo a través del cual los adultos de una sociedad van inculcando en el niño/a modos apropiados de pensamiento, sentimiento y comportamiento. El niño/a está inmerso en una secuencia constante de contextos sociales: la familia, la escuela, el grupo de juegos, etc., en los que experimenta personas, objetos, recompensas, castigos, amor, amenazas. Al niño/a no le influye la cultura, sino más bien las personas situadas en diversos contextos culturalmente determinados y que son los agentes de la cultura.

Esas experiencias son las que constituyen la base del proceso de socialización. Uno de los aspectos más importantes de la socialización, además del lenguaje, es el juego de interacciones, debido a que, en una interacción, el niño/a descubre modos de actuar y, más ampliamente, modos de pensar y de sentir, llegando después a manejarlos e integrándose en la vida social gracias a este proceso de socialización. Un universo de socialización no es una unidad de espacio/tiempo homogénea. En la escuela coexisten varios espacios a los que se les atribuye determinados lapsos y donde cada espacio tiene una modalidad de relación social construida y específica, es decir, que posee normas y usos específicos donde los niños/as se les permiten distintos márgenes de libertad. Estas diferentes unidades de espacio/tiempo dan lugar a modos de socialización específicos. (Bronfman, 1996)

Las relaciones que se forman en la infancia determinan muchos de los patrones para la socialización temprana del niño. La clase de familia en la que crece el niño/a, es una gran influencia para él/ella, debido a que son los primeros factores sociales tempranos con los que tiene contacto.

Los lazos creados durante la infancia pueden determinar la capacidad para establecer relaciones en la vida. (Papalia, 1999)

Un aspecto muy importante del desarrollo social del niño/a lo constituyen las relaciones que el infante establece con los que lo rodean. Durante los comienzos de la vida, los adultos, y los padres en particular, son componentes esenciales de su existencia. A medida que crece el ámbito de las relaciones se amplía, y hermanos, amigos y otros adultos empiezan a desempeñar un papel cada vez más importante. Sin duda, la madre desempeña un papel único en las primeras etapas del desarrollo y las conductas maternas han sido cuidadosamente seleccionadas, ya que hacen posible y facilitan la supervivencia de cada infante.

Cuando transcurre el tiempo el infante, necesita empezar a relacionarse con otros individuos ampliándose así el ámbito de las relaciones sociales. La actividad social del infante varía mucho en las distintas etapas, de acuerdo con el desarrollo de las capacidades de cada uno, su capacidad cognitiva va haciendo posible distintas formas de interacción: tener en cuenta las necesidades de los otros, anticipar sus respuestas, responder a su interés, y como resultado de esas interacciones se va favoreciendo el desarrollo de las capacidades necesarias en cada momento (Delval, 1977).

Las cosas empiezan a cambiar y el infante va mostrando un interés creciente por los otros niños, a este proceso se le denomina interacción social, que es cuando los compañeros se distinguen de los objetos inanimados, y su conducta se va haciendo cada vez más social, adaptando la conducta hacia los otros y muchas veces manifestando también signos de agresión social (quitarse los juguetes con otros niños) Es a través de este proceso como adquiere un conocimiento de los

otros y gracias a esa experimentación el infante va descubriendo los caracteres propios de los seres humanos. A partir de los 6-7 años empiezan los juegos de las reglas y a través de ellos el niño se descubre socialmente. En los juegos en donde se tienen reglas se aprenden situaciones sociales propias, creadas por los mismos infantes.

El grupo tiene una gran influencia en la socialización y es un método muy eficaz para someter la conducta del individuo a las normas sociales. Los grupos ofrecen al infante un apoyo y un sentimiento de pertenencia a una comunidad con las que se participa en actividades. Los grupos se forman en función de las semejanzas. Las semejanzas y el parecido constituyen importantes factores de cohesión social y los individuos tienden a relacionarse con otros a los que considera semejantes o parecidos en algún tipo de conducta o alguna característica. El grupo tiene un efecto regulador sobre la conducta de los individuos, y hace que se establezca una norma de conducta dentro del grupo, de tal manera que las conductas que se desvían respecto a esa norma son castigadas de una manera o de otra, desde la reprobación y el rechazo del grupo. La cohesión del grupo aumenta a lo largo de la infancia y en la adolescencia toma características especiales. Con la aproximación de la adolescencia, las cosas cambian. Los juegos empiezan a hacerse mixtos. Son la ocasión de nuevos descubrimientos. Los grupos se amplían y se establecen relaciones de amistad más estrechas y muchas veces duraderas. (Delval, 1977)

Los niños de 6 y 7 años comparten cosas, juguetes y juegan juntos. En cambio los niños/as de 10 años comparten pensamientos o sentimientos, la amistad se hace algo menos material. Entre los amigos son frecuentes las disputas e incluso las rupturas. A medida que crecen los niños/as las amistades se hacen más estrechas y más complejas y también las rupturas más dolorosas, como entre los adultos. Entre los 7 y 9 años, un amigo es alguien al que se conoce mejor que a otros y cuyas acciones coinciden con lo que se desea, de tal manera que la relación se establece sobre todo en una dirección. En el estadio siguiente que se extiende entre los 8 y 12 años supone ya una cooperación en dos direcciones, lo que indica

una reciprocidad en la relación, que los amigos son personas que se ajustan a los gustos del otro, pero si surgen dificultades, si hay conflictos, la cooperación se puede romper. Entre los 9 y 13 años aparecen relaciones compartidas. La relación consiste en compartir problemas, pensamientos, sentimientos, y hay un mutuo apoyo que permite superar pequeñas disputas.

Los progresos cognitivos permiten al niño/a anticipar y participar los deseos y sentimientos del otro ajustando mejor su propia conducta. Las relaciones con los otros están muy determinadas por el tipo de ambiente social en que se desarrollan, por la estructura y organización social, en que se produce su desarrollo, y a su vez influyen sobre ella. Las condiciones físicas del ambiente y también la valoración social de las conductas ejercen un papel determinante.

El tipo de sociedad determina en una medida muy considerable las relaciones posibles de un sujeto con los otros. Cada niño/a va desarrollando su propio idioma, con base en experiencias de socialización aprende su lengua. La socialización es un proceso complejo a través del cual los adultos de una sociedad van inculcando en el niño/a modos apropiados de pensamiento, sentimiento y comportamiento. El niño/a está inmerso en una secuencia constante de contextos sociales: la familia, la escuela, el grupo de juegos, etc., en los que experimenta personas, objetos, recompensas, castigos, amor, amenazas. Al niño/a no le influye la cultura, sino más bien las personas situadas en diversos contextos culturalmente determinados y que son los agentes de la cultura. Esas experiencias son las que constituyen la base del proceso de socialización (Delval, 1977).

Harbld (1973), plantea el proceso de socializar como la capacidad de aprender que tiene el niño/a y que se produce a través de medios sutiles e indirectos así como la instrucción directa que se proporciona en un marco de carácter formal. Lo que no se le dice al niño/a o lo que no se le permite observar es tan importante para su desarrollo social como lo que él/ella experimenta de modo abierto y directo. Los familiares, vecinos, parientes y compañeros del niño/a, así como los medios sociales de comunicación, constituyen otros tantos agentes de su cultura

al igual que sus padres, el sacerdote y el maestro. Cuando las normas, valores, creencias y actitudes de un sistema social son interiorizadas por el individuo, se estará estableciendo el proceso de socialización. Lo que antes era externo es ahora interno, el propio individuo (niño/a) pasa a convertirse en el centro de una estructura cognoscitiva que define y valora quién y qué es él.

El crecimiento del propio yo en la vida del niño/a es un proceso constante que está en función de la interacción entre sus capacidades cognoscitivas y las experiencias de su medio social. Para que el niño/a pueda interiorizar una norma o regla social, no solamente debe estar en condiciones de poder diferenciarse a sí mismo de los demás, sino que además deberá asumir los papeles de estos.

Con el transcurso del tiempo, las relaciones egocéntricas cederán el paso a las relaciones recíprocas, el niño/a aceptará las normas del grupo como suyas propias. Para una adecuada socialización en el niño/niña es importante que exista un ambiente familiar favorable, ya que, las relaciones que se forman en la infancia determinan muchos de los patrones para la socialización temprana del niño. Los lazos creados durante la infancia pueden determinar la capacidad para establecer relaciones en la vida.

Renshaw (1977), se refiere a la socialización como una socialización, que generalmente tiene lugar en la primera infancia. La evidencia clínica con el hombre y el trabajo experimental con animales, demuestran que, una vez aprendidos los patrones de socialización primaria rara vez se olvidan. Cada cultura enseña al niño los modos aceptables de expresión, en interés de la vida de grupo y el orden general. El exceso de consentimiento crea problemas, particularmente si el padre, temeroso de perder el amor del hijo, no le proporciona las bases de la socialización primaria, entre otras el control externo de una autoridad adulta, a través de la cual el niño irá aprendiendo gradualmente a ser dueño de sí mismo. El dominio de sí mismo o la disciplina en la infancia se aprenden dentro del contexto del amor de los padres. El niño acepta las reglas a fin de no perder el amor y la aprobación de sus progenitores. Si el amor de los padres es insuficiente, o si los

padres rechazan al niño, la socialización primaria será rudimentaria o deficiente, causando conflictos, agresión crónica, enojo, rechazo de sí mismo, baja autoestima, desajustes y comportamiento explosivo. El niño que necesita la atención del padre amado tratará de obtenerla en forma negativa si no lo logra en forma positiva.

En lugar de provocar amor y ternura buscará que lo castiguen o le peguen, pero lo importante es que la inconsistencia o el rechazo de los padres crean inseguridad en el niño/niña. Nunca sabrá qué puede esperar de ellos. Los padres son una parte esencial para la socialización del niño, pero existe también una parte muy importante para que se dé este proceso, y es el simple hecho de que unos individuos vivan en grupo dando origen a nuevas características de obligación y regularidad en sus vidas; a esto hace referencia resaltando que la presión del grupo sobre el individuo explicaría el sentimiento de respeto y que es la fuente de toda moral. El grupo no podría imponerse al individuo sin suscitar en él, el sentimiento de la obligación moral. La regla no es si no la condición para la existencia de un grupo social; y sí para la conciencia individual las reglas parecen estar cargadas de obligaciones, debido a que la vida comunitaria modifica la estructura misma de la conciencia al inculcar en ellas el sentimiento del respeto.

La Organización Mundial de la Salud (1977) afirma que a medida que el niño/a va creciendo, aprende a sentirse seguro en una variedad cada vez mayor de situaciones y a mantener vínculos con las personas que le rodean. Las influencias de la familia conservan su importancia durante todo el desarrollo, pero los grupos de compañeros, de la escuela y de la comunidad contribuyen a dar forma o a modificar el desarrollo psicosocial.

Harbl (1973) comenta que los grupos, como los que forman niños/niñas o los que son creados fundamentalmente con la finalidad de proceder a un juego, tienen sus propias reglas, y estas reglas rigen el respeto de los distintos individuos. En los niños muy pequeños, las reglas son una realidad, ya que son tradicionales, en los más mayores depende del acuerdo mutuo. La heteronomía y la autonomía son

los dos polos de su evolución. Los niños al crecer se desprenden cada vez más de su círculo familiar y como al principio asimila los juegos a las obligaciones que le fijan los adultos, cuanto más rehuya esa sumisión familiar tanto mayores serán los cambios que experimente en su condición de individuo que es consciente de las reglas existentes.

El hecho más destacado en la evolución de las reglas de los juegos consiste en que el niño está cada vez menos dominado por los mayores. Existe muy poca o ninguna división progresiva del trabajo entre los niños, las diferenciaciones que pueden surgir son psicológicas, y no económicas ni políticas.

El principal factor que incide en la sumisión obligatoria de los niños muy pequeños es el respeto por la edad: respeto por los niños mayores y, sobre todo por los adultos. Y si, en determinado momento, la coacción cede el paso a la cooperación, o la sumisión a la autonomía, se deberá a que el niño, al crecer, se libera progresivamente de la supervisión de los adultos. El niño empieza a esa edad (aprox. 9 a 13 años, a sentirse a sí mismo cada vez más como persona situada al mismo nivel que los adolescentes y a liberarse en su fuero interno de la coacción de los adultos. En los grupos la cooperación constituye el fenómeno social más arraigado y también el que tiene las bases psicológicas más seguras. En cuanto el niño se libere de la servidumbre de la edad, tiende a la cooperación como forma normal de equilibrio social. La cooperación constituye la relación social más profunda e importante que puede corresponder al desarrollo de las normas racionales (Harblid, 1973).

Las normas racionales y en particular, la norma de reciprocidad, que es la fuente de la lógica de las relaciones, solamente puede surgir en y a través de la cooperación por cuanto el hecho de ser racional consiste en situarse a uno mismo a fin de supeditar lo individual a lo universal. El respeto mutuo se presenta como la condición necesaria de la autonomía en su doble aspecto, intelectual y moral. Desde el punto de vista intelectual, libera al niño de las opiniones que le han impuesto a la vez que favorece la coherencia interior y el control recíproco. Desde

el punto de vista moral, sustituye las normas de autoridad que es la norma de la reciprocidad en la simpatía. La reciprocidad se afirma con la edad; el deseo de la igualdad aumenta con la edad. Durante el desarrollo del niño, se van formando los juicios morales a través de las relaciones sociales que se distinguen en 2 tipos extremos: las reacciones de coacción, cuya característica consiste en imponer el individuo (en este caso al niño), desde fuera un sistema de reglas con un contenido obligatorio; las relaciones de cooperación que estriba en crear en la mentalidad de la gente la conciencia de unas normas ideales como trasfondo de todas las reglas. La vida social para los niños e incluso para los adultos, es necesaria, para que pueda ser consciente del funcionamiento de su propia mente, y por consiguiente, pueda convertir en normas los simples equilibrios funcionales inmanentes a toda actividad mental e incluso vital. Las relaciones de coacción que se establecen entre el niño y el adulto contribuyen a la formación de un control moral, es decir, el respeto del niño hacia el adulto origina una concepción anunciatoria de la verdad: el cerebro deja de afirmar lo que le gusta afirmar y está de acuerdo con la opinión de los que lo rodean y es aquí donde se establece lo que es verdad y falsedad en el niño/a establece. (Harblid, 1973).

Para que el niño tenga un adecuado establecimiento de relaciones interpersonales, es importante que trabaje en grupo y que sea aceptado; la aceptación por parte del otro es la condición de todo diálogo con el niño/a. La integración de los niños/as que presentan este trastorno, no plantea problemas particulares en el plano de los niños, cuando las diferencias de conducta no son demasiado considerables, es decir, el verdadero problema es el del adulto, que también debe aceptar a los niños/as con este trastorno, sus capacidades y comportamientos. (Vayer, 1989)

1.2 Teoría del Desarrollo Psicosocial

Cada persona se enfrenta a un problema que requiere la integración de las necesidades y capacidades personales en las demandas sociales de la cultura.

Erikson (1979), formula la teoría desarrollo psicosocial, en la cual hace un seguimiento del desarrollo de la personalidad en el transcurso de la vida y destaca la influencia de la sociedad y la cultura sobre el yo en cada uno de los 8 periodos de edad en que divide la vida humana. En cada uno de los 8 estadios, el yo debe resolver tareas específicas, con repercusiones psicológicas universales, antes de proseguir a la siguiente etapa.

Cada etapa presenta una crisis en la personalidad que implica un conflicto diferente y cada vez mayor. Cada periodo del desarrollo depende de factores psicosociales con los que cuente el individuo. El aspecto social es explicado dentro de una dimensión comunitaria en la que el individuo debe encontrarse a sí mismo. La formación de la identidad posee un aspecto negativo que, a lo largo de la vida puede permanecer como un aspecto rebelde de la identidad total. En el caso de las crisis exacerbadas, un individuo puede perder la esperanza en su capacidad y podría presentar problemas para lograr una identidad positiva pudiendo despertarse una ira específica en el desarrollo de su integridad. Tal ira potencial generaría algún trastorno en la conducta presentándose a sí mismo una crisis de identidad. Un estado de confusión en la identidad, está acompañado por síntomas neuróticos o con algún trastorno anormal en la que la persona es propensa con base en su constitución, experiencias tempranas y circunstancias negativas que lo rodean, a algún trastorno en la conducta de hecho, algunos individuos jóvenes que pasan por tal confusión están sujetos a padecimientos más malignos del que pudiera haberse manifestado durante el resto de sus vidas, debido a que es una característica de cada crisis psicosocial y más específicamente del proceso de adolescencia que el individuo ceda casi deliberadamente a algunas de sus tendencias más regresivas o reprimidas para, poder llegar de ese modo hasta el fondo y recobrar algunas de sus fortalezas infantiles aún sin desarrollar. (Erikson, 1979)

Asimismo comenta que existe una etapa de la vida del niño que con frecuencia empieza del nacimiento hasta los 12 ó 18 meses la cual se convierte en uno de los aspectos más importantes del desarrollo psicosocial temprano. En este periodo es

donde los niños se muestran ansiosos por ser independientes y se niegan a realizar casi todo lo que se les pide.

De ser niños dóciles y dependientes que aceptan sin protestar lo que sus padres desean que realicen, se transforman con frecuencia en criaturas que hacen su voluntad. La primera de las etapas del desarrollo psicosocial planteadas por Erikson, es *confianza básica versus desconfianza básica*. Esta etapa es importante para observar que el bebé tenga un adecuado desarrollo, ya que este podría presentar alguna anormalidad y afectar en su desarrollo evolutivo. Las primeras experiencias de los infantes son el elemento clave para desarrollar la confianza.

La situación de alimentación es el ambiente justo para determinar la mezcla correcta de confianza y desconfianza, y la madre cumple un rol importante. Es la madre o la persona que lo cría, la que le puede brindar la ternura, la sensibilidad y la firmeza que son elementos primordiales en el desarrollo de la confianza. La segunda crisis es *autonomía versus vergüenza y duda*, esta ocurre entre los 18 meses y los 3 años. A medida que los niños maduran (física, cognoscitiva y emocionalmente), quieren independizarse de las mismas personas de las que fueron totalmente dependientes. El primer signo de este deseo de autonomía o autodeterminación, es el resultado de la maduración física. La vergüenza y la duda ocupan un lugar importante en el aprendizaje de los niños acerca de cómo autorregularse, puesto que la libertad ilimitada no es segura ni saludable. El miedo a perder el autocontrol puede inhibir al niño y llevarlo a perder la autoestima. (Erikson, 1979).

La siguiente crisis que se presenta en el desarrollo de la personalidad del niño/a es la *iniciativa versus culpabilidad*, ocurre de los 3 años a los 6 años. Esto origina un conflicto entre la iniciativa, la cual permite que el niño planee y realice actividades, y las reservas morales que el niño pueda tener frente a sus planes. Erikson (1979), afirma que si esta crisis no se resuelve de manera adecuada, el niño puede sufrir enfermedades psicosomáticas, inhibición o impotencia; que

alardea para compensar sus carencias o se muestra hipócrita e intolerante, ocupado más en los impulsos que prohíben que en la espontaneidad que alegra. La crisis más importante de la infancia intermedia en la teoría de Erikson es la de *industriosidad versus inferioridad*, que ocurre de los 6 años a la pubertad. Lo que debe resolverse es la capacidad del niño para el trabajo productivo. En todas las culturas, los niños aprenden las habilidades necesarias para sobrevivir; las específicas dependen de lo que es importante en una sociedad.

Estos esfuerzos por dominar las habilidades pueden ayudar a que los niños formen un autoconcepto positivo. La búsqueda dinámica del niño lo pone en contacto con un gran cúmulo de nuevas experiencias. Pronto comprende que necesita hallar un lugar entre los individuos de su misma edad, porque en su carácter de niño pequeño en edad escolar no puede ocupar un sitio en igualdad de condiciones entre los adultos. Por consiguiente, dirige sus energías hacia los problemas sociales que puede dominar con éxito. El tema fundamental de esta fase refleja su determinación de dominar las tareas que afronta. (Erikson, 1979)

Para Erikson (1979), se transforma en una persona con cualidades cognoscitivas más amplias y con capacidad mucho mayor para interactuar con una gama mucho más extensa de personas en las que está interesado, a las que comprende, y que reaccionan frente a él. Destaca que el origen de muchas de las actitudes del individuo hacia el trabajo, y los hábitos de trabajo puede hallarse en el grado de eficaz sentido de la industria promovido durante esta fase; en cambio. La tecnología básica para ejecutar su tarea proviene de capacidades innatas que permiten el desarrollo de los conocimientos valorados por su cultura.

La virtud que surge de la solución exitosa de esta crisis es la *competencia*, o sea, la capacidad del yo para dominar habilidades y completar trabajos. A medida que los niños comparan sus habilidades con las de sus compañeros, se forman una idea de lo que son.

Si se sienten inferiores en esa comparación, pueden refugiarse en el seno de su familia, el lugar más conocido pero menos estimulante y donde se espera menos

de ellos. Por el contrario, si se vuelven demasiado industriosos, pueden olvidarse de sus relaciones con otras personas y convertirse en "trabajadores compulsivos" en la edad adulta. (Papalia, 1999)

Existen más etapas, en las cuales Erikson (1979), hace referencia al desarrollo psicosocial del individuo; pero me parece que debido al rango de edad de los niños y niñas que les aplique las pruebas, las crisis mencionadas anteriormente y más específicamente la última crisis que es "industriosidad versus inferioridad" es la más adecuada; debido a que, un niño entre 7 y 11 años diagnosticado con TDA transita con mayor dificultad en esta etapa. Como menciono al inicio de este trabajo, una de las teorías psicológicas del desarrollo infantil, es la teoría psicosocial y existe otro punto de vista de esta teoría, además del que hace referencia Erikson (1979).

Maier (1989) hace referencia a que existe un constante movimiento de energía para consagrar todo el esfuerzo posible a la producción. A ello se opone una presión continua para retroceder hacia un nivel anterior de menor producción. El temor del individuo se acentúa también por el hecho mismo de que todavía es un niño, una persona incompleta, situación que tiende a suscitar sentimientos de inferioridad. Más o menos entre los 7 y los 11 años, el niño trata de resolver estos sentimientos de inferioridad; utiliza diligentemente todas las oportunidades de aprender haciendo y experimenta con los rudimentarios conocimientos requeridos por su cultura. A medida que aprende a manejar los instrumentos y los símbolos de ella, parece comprender que este aprendizaje le ayudará a convertirse en una persona competente. El ritmo de maduración física es más lento, como si fuera necesario consolidar lo que ya ha sido incorporado.

El desarrollo psicológico refleja una pauta similar. El niño y la niña han hallado temporalmente sus respectivos límites psicológicos y sociales. Cada uno puede afrontar a los otros con realismo, sin pérdida de autoestima. El niño y la niña trabajan incesantemente para desarrollar sus cualidades corporales, musculares y perceptivas, así como su creciente conocimiento del mundo, que para él tiene una

importancia mayor. Sobre todo, se concentra en su capacidad para relacionarse y comunicarse con los individuos que le son más significativos: los pares. Un sentido de realización por haber actuado eficazmente, ser el más fuerte, el mejor, el más inteligente o el más rápido, son los éxitos que procura alcanzar. Evita el fracaso a cualquier precio.

Las actividades de los niños continúan segregadas según el sexo; en situaciones inmediatas los varones o las niñas hallan que es más fácil desarrollar en forma temporal actividades que suelen estar reservadas al sexo opuesto. Todas las actividades y sentimientos reflejan esfuerzos competitivos, más que autónomos. Cuando trata de destacarse en todas y en cada una de las cosas que ensaya, el niño no intenta eliminar psicológica o realmente a otros; por el contrario, quiere y necesita la permanente asociación y cooperación, ya que, tiene necesidad de sus contemporáneos sobre todo para medir sus propias cualidades y su propia valía. Le interesan en particular las operaciones del mundo material, que intenta traducir a las modalidades de su propia vida social. Al jugar el niño se apoya mucho en el aspecto social e incorpora a dicha actividad situaciones de la vida real. Niña y niño, tienden a segregarse en diferentes formas de juego, aunque en ocasiones los varones y las niñas entran en el mundo del grupo opuesto, participando a veces en juegos considerados en general como particularmente apropiados para el otro sexo. Hacia el final de esta fase, el juego comienza a perder importancia con la pubertad y la incorporación de los valores, el individuo abandona lentamente sus hábitos anteriores, y lo que había sido un compromiso industrial en el juego se funde poco a poco con un compromiso de trabajo que al principio a medias del juego y que luego deviene real.

Los niños/as tienden a seguir un curso medio entre el juego y el trabajo, entre la niñez y la adultez. Las relaciones niño-progenitor evolucionan hacia un nivel realista de dependencia en las áreas en que esta es aún necesaria o deseable; en otras áreas, el niño propende a relacionarse con sus padres y con otros adultos sobre una base más igualitaria. Dado que el niño ve a sus progenitores como representantes de la sociedad en que debe actuar, empieza a compararlos con

otros representantes. Los amigos de sus padres y los padres de sus amigos adquieren nueva importancia para él, sus vecinos y la escuela se convierten en determinantes sociales significativos, y los desconocidos constituyen descubrimientos importantes. Los varones y las niñas buscan identificarse con otros adultos, debido a que los padres ya no pueden satisfacer totalmente los requerimientos del niño en esta área.

El mundo de los pares, en el niño y la niña, son necesarios en relación con la autoestima y sirven como criterios para medir el éxito o el fracaso del varón y la niña; entre ellos, el niño encuentra otra fuente de identificación extrafamiliar. A medida que el niño se desarrolla, la sociedad parece preocuparse cada vez más por incorporarlo sobre una base igualitaria; las escuelas, las iglesias y las organizaciones juveniles lo alientan a participar más activamente. El niño se convierte en una persona distinta. (Maier, 1989).

Newman (2001) propone que la teoría psicosocial es una modalidad de la teoría del desarrollo por etapas, y se funda en 3 conceptos: 1) *Las tareas evolutivas*, 2) *Las crisis psicosociales*, y 3) *El proceso de enfrentamiento*. Los rangos de edad de cada etapa son sólo aproximaciones, ya que, en el concepto de etapas psicológicas, el desarrollo de la persona pasa de un estadio al siguiente, una vez que han tenido lugar determinados sucesos psicológicos, es decir, el desarrollo psicológico que va teniendo lugar en cada etapa producirá un impacto importante en los estadios subsiguientes

Tareas evolutivas

Las tareas evolutivas son aquel conjunto de capacidades y competencias que requiere la persona a medida que va dominando el ambiente. Dichas tareas indican adelantos en las capacidades motrices, intelectuales, sociales y emocionales. El dominio de las tareas de las etapas posteriores del desarrollo depende de la adquisición a tiempo de capacidades anteriores o más sencillas. Por ejemplo: la formación de las relaciones sociales del niño con la madre.

Las tareas evolutivas están estrechamente relacionadas con las normas de la participación en determinada cultura. (Newman, 2001).

Las crisis psicosociales

Las crisis psicosociales son los esfuerzos que hace la persona para ajustarse a las existencias del ambiente, en cada una de las etapas del desarrollo. La palabra crisis hace referencia a todo aquel conjunto normal de apremios, más no a sucesos que se pueden considerar extraordinarios. Erikson postula que en cada etapa del desarrollo, la sociedad dentro de la cual uno vive impone ciertas exigencias psíquicas a la persona. Esas exigencias cambian de una etapa a la siguiente, y también varían según las culturas. El individuo experimenta esas exigencias o demandas como delineamientos persistentes o expectativas para su conducta. Cuando la persona se acerca al final de una etapa de desarrollo debe tomar ciertas resoluciones: ajustarse a las demandas de la sociedad, a la par que debe traducir esas demandas sociales en términos que le gratifiquen en lo personal.

Ese proceso ocasiona cierta tensión en el individuo, quien debe aprender a controlarla para pasar al siguiente estadio. A este estado de tensión se le denomina crisis psicosocial. La crisis psicosocial que produce una etapa obliga a la persona a utilizar capacidades evolutivas que acaba de dominar. Existe, por tanto, una interrelación entre las tareas evolutivas de una etapa y las crisis psicosociales de la misma. El que cada crisis psicosocial se resuelva felizmente dependerá de la integración intelectual, emotiva y social que se vayan adquiriendo durante la etapa. Además, la resolución que se haya dado a las crisis anteriores repercutirá en la resolución que se dé a las crisis presentes y futuras.

Las crisis psicosociales son de carácter universal, presentan las metas de la mayor parte de las culturas con respecto a las cualidades de las personas en las diversas etapas de la vida. Los rangos de edad de cada etapa son sólo aproximaciones, ya que, en el concepto de etapas psicológicas, el desarrollo de la persona pasa de un estadio al siguiente, una vez que han tenido lugar

determinados sucesos psicológicos, es decir, el desarrollo psicológico que va teniendo lugar en cada etapa producirá un impacto importante en los estadios subsiguientes. (Newman, 2001)

El proceso de enfrentamiento

El enfrentamiento es aquel esfuerzo activo que realiza la persona para resolver la tensión y crear nuevas soluciones ante las amenazas que presenta cada etapa de su desarrollo.

La teoría psicosocial se centra en el proceso del crecimiento y del enfrentamiento. La confrontación entre la persona y el ambiente es componente indispensable del proceso psicológico. El objeto de estudio de la teoría psicosocial, es la interacción entre las personas y sus entornos. La persona es un ser provisto de recursos y competencias que se ve motivado por las necesidades que se le presenten en la vida. Los recursos de la persona le permitirán el dominio de determinadas tareas en cada etapa vital. Por otro lado, el ambiente, es fuente de expectativas cambiantes y de evaluaciones. Estimula la aparición de conductas socialmente estimadas y el rechazo de todo fracaso en los roles esenciales. Así pues el ambiente es integrado por los miembros de la familia, de los iguales, de los transmisores culturales institucionalizados y del medio histórico en que ocurre dicho desarrollo. La interacción entre la persona y el ambiente genera el terreno intermedio entre los éxitos que logra el individuo en cada etapa y las expectativas de la sociedad respecto a que la persona debe pasar al nuevo nivel de responsabilidad y de acción. Este enfrentamiento, es aquel esfuerzo de la persona por emplear efectivamente los recursos personales como medio de resolver todo reto social nuevo. (Newman, 2001)

Anteriormente se describió la etapa de *industria versus etapa de inferioridad*, en la cual se analiza el proceso por el cual transcurre el niño y la niña; los problemas a los que se enfrenta; las destrezas que debe aprender de la cultura a la cual pertenece o enfrentarse a sentimientos de inferioridad.

El niño y la niña en ausencia del Trastorno por Déficit de Atención, se enfrenta con dificultad en cada una de las etapas psicosociales. Un individuo pasa a la siguiente fase tan pronto está preparado biológica, psicológica y socialmente.

Cada fase introduce una nueva serie de cargas sociales intensas, y esta a su vez implica un conflicto cada vez mayor, que exige el desarrollo de una virtud particular o fortaleza; pero si la crisis no se resuelve de modo satisfactorio, tendrá dificultades en su desarrollo, que es lo que pasa con los niños que sufren de algún trastorno y en particular los que son diagnosticados con "Trastorno por Déficit de Atención " (TDA), debido a que no existe una solución eficaz en esta etapa.

La cuarta crisis del desarrollo que es industriosidad versus autoestima a la que hago referencia en este trabajo, y que se presenta de los 6 años a la pubertad, los niños y las niñas se encuentran en manos de diferentes adultos que los educan, les enseñan y ayudan, y asumen la responsabilidad de establecer un equilibrio adecuado entre su conducta, su aprendizaje y su bienestar.

1.3 Desarrollo del niño/a con Trastorno por Déficit de Atención

El TDA es de origen multicausal donde se comprenden aspectos biológicos, psíquicos y sociales. Este trastorno es muy perturbador, debido a que afecta la adaptación social, familiar y escolar. La característica esencial de este trastorno con o sin hiperactividad es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar. (Hales,1998)

Las deficiencias de la atención pueden manifestarse en situaciones académicas, laborales o sociales. Los sujetos que presentan este trastorno pueden no prestar atención suficiente a los detalles o cometer errores por descuido en las tareas escolares o en otros trabajos. El trabajo suele ser sucio y descuidado y realizado sin reflexión. Los sujetos pueden experimentar dificultades para mantener la atención en actividades laborales o lúdicas, resultándoles difícil persistir en una

tarea hasta finalizarla. Las tareas que exigen un esfuerzo mental sostenido son experimentadas como desagradables y sensiblemente aversivas.

En consecuencia, estos sujetos evitan un fuerte disgusto hacia actividades que exigen una dedicación personal y un esfuerzo mental sostenido o que implican exigencias organizativas o una notable concentración (p. Ej., tareas domésticas o tareas de papel y lápiz. Los hábitos de trabajo suelen estar desorganizados y los materiales necesarios para realizar una tarea acostumbran a estar dispersos, perdidos o tratados sin cuidado. Los sujetos que sufren este trastorno se distraen con facilidad ante estímulos irrelevantes e interrumpen frecuentemente las tareas que están realizando para atender a ruidos o hechos triviales que usualmente son ignorados sin problemas por los demás (ruido de un coche, una conversación lejana, etc.). En situaciones sociales, los déficits de atención pueden expresarse por cambios frecuentes en la conversación, no escuchar a los demás, no atender las conversaciones y no seguir los detalles o normas de juegos o actividades (Hales, 1998).

Algunos de estos sujetos presentan impulsividad, y se manifiesta por la impaciencia, la dificultad para aplazar respuestas, dar respuestas precipitadas antes de que las preguntas hayan sido completadas, la dificultad para esperar un turno, e interrumpir o interferir frecuentemente a otros hasta el punto de provocar problemas en situaciones sociales, académicas o laborales. La impulsividad puede dar lugar a accidentes y a incurrir en actividades potencialmente peligrosas sin considerar sus posibles consecuencias. Las características asociadas a este trastorno varían en función de la edad, pudiendo incluir baja tolerancia a la frustración, arrebatos emocionales, autoritarismo, testarudez, insistencia excesiva y frecuente en que se satisfagan sus peticiones, labilidad emocional, rechazo por parte de sus compañeros y baja autoestima (Hales, 1998).

Aparte de las dificultades que encuentra consigo mismo, el infante que presenta Trastorno por Déficit de Atención, puede verse contrariado o bloqueado en su

experiencia a raíz de los fracasos con que tropieza en su relación con el mundo de los otros o con el ámbito material.

Esas comunicaciones y experiencias mal vividas provocan reacciones de defensa que disminuyen al sujeto en su relación con el mundo que le rodea. Lo cual plantea el problema del ambiente y, particularmente, el de las personas que intervienen profesionalmente para facilitar la actividad y sus relaciones del niño/a con los demás. Las dificultades que el niño encuentra para llevar a la práctica sus posibilidades pueden ser agravadas por 2 factores:

- Ante todo por las actitudes y los juicios, conscientes e inconscientes, que los adultos, asumen y expresan ante los niños/as que presentan el TDA y que repercuten sobre su comportamiento.
- El segundo factor consiste en el sentimiento de fracaso resultante de las interacciones e interrelaciones negativas, que repercute en el nivel del YO.
- El propio rechazo de coetáneos del grupo.

El conjunto de las dificultades con que tropieza el niño/a con este trastorno, para tener experiencia de sí mismo y del mundo exterior, provoca un fenómeno:

- La motivación y los deseos tienden a desdibujarse, o se transforman en agresión frente al ambiente.
- Por vía de consecuencia, el sistema nervioso ya no puede construir más la realidad y, por lo tanto, el conocimiento. (Vayer, 1989)

Esas dificultades para aceptar las diferencias que existen entre cada niño/a con este trastorno, intervienen 2 factores: una implicación afectiva, y un niño que se ajuste a lo que desea la gente que le rodea. Ese deseo de concordancia lleva a reunir en el salón de clases o en grupos terapéuticos a los niños/as que presentan dificultades similares. Así es como se constituyen las clases o grupos con los niños/as que presentan el Trastorno por Déficit de Atención.

Los niños/as que presentan este trastorno, a pesar de las desventajas cuyas consecuencias deben soportar, tienen capacidad de comprensión y reflexión distintas de las que poseen los otros, tienen las mismas necesidades de ser reconocidos por los otros niños/as y, por consiguiente las mismas aptitudes sociales. Al presentar este tipo de inhabilidades sociales, los niños/as se sienten fuertemente traumatizados ante cualquier situación, manifestándose como fracaso y presentando conductas de inestabilidad, rechazo y agresividad. (Vayer, 1989)

Los problemas sociales que presentan los niños con TDA, se manifiestan en su modo de interactuar socialmente, tienden a ser intensos y descontrolados, lo que aumenta la posibilidad de conflictos y rechazos. La mayoría de estos niños/as son desobedientes, tienen dificultades para seguir normas, son mandones y entrometidos. El comportamiento típico en el TDA, escapa al control voluntario y se relaciona con el alto déficit en la capacidad de autorregulación. Su labilidad emocional hace que reaccionen con excesivo entusiasmo o bien de forma explosiva. Son poco reflexivos, y esto hace que parezcan insensibles a las necesidades de los demás. Aunque la mayoría de los niños/as conocen las reglas sociales, su conducta no está regida por ellas. Su estilo de interacción es intenso y ruidoso, y es observable tanto en la clase como cuando juegan solos. Este estilo afecta la conducta de los adultos que deben lidiar con ellos, estableciéndose un patrón de interacción negativo (retos, castigos) dirigido a controlar la conducta. Cuando la intensidad disminuye debido al tratamiento medicamentoso con metilfenidato (ritalin), también se disminuye la tensión de los adultos, lo cual sugiere una interacción recíproca aun cuando no se modifiquen patrones de comportamiento. (Joselevich, 2003)

El medicamento con niños/as con TDA ayuda a controlar la conducta pero algunos niños/as presentan trastornos secundarios como lo reporta Gutiérrez (1999), incluyen insomnio, pérdida de peso, dolor abdominal, cefalea, irritabilidad y llanto, y en algunos casos aumento en la frecuencia cardiaca.

Estos efectos son variables y dependen de las dosis. Los efectos indeseables poco frecuentes son tics motores, que generalmente se confinan a la cara. El fenómeno de rebote se observa al cesar la acción del medicamento al final del día y consiste en irritabilidad, excitabilidad, hiperactividad motora, verborrea, e insomnio. Se han reportado casos, que estos medicamentos a largo plazo pueden disminuir el peso y la talla de los niños/as con TDA.

Jaimes (1999) hace referencia a que es importante un adecuado entrenamiento con los padres de cada niño/a con TDA, reduciendo así las conductas disruptivas dentro de la casa y el estrés familiar. El entorno familiar debe ser estructurado y constante, estableciendo horarios, límites e instrucciones claras y precisas. Deben de reforzarse las conductas positivas de los niños/as, aprovechando los avances y progresos al aumentar la autoestima en cada niño/a. En el ámbito escolar, se requiere la comunicación entre el psicólogo y los maestros. La clase ideal para estos niños/as es una clase altamente estructurada y bien organizada, con expectativas claras y una agenda concreta a practicar. Es conveniente que estos niños/as tengan un sitio próximo a la maestra y lejos de las ventanas y otras distracciones, dado que con frecuencia se les dificulta trabajar y tienen que disponer de un tiempo extra para completar sus tareas escolares.

La mayoría de estos niños/as son poco populares; aquellos que presentan niveles elevados de impulsividad e hiperactividad son activamente rechazados, mientras que los que presentan predominantemente problemas de atención son pasivamente ignorados. (Joselevich, 2003)

El infante no solo empieza a establecer relaciones con las personas de su entorno; sino que, de la misma manera que explora el mundo físico, empieza a explorar el mundo social. El niño/a durante su desarrollo empieza a experimentar con las situaciones sociales; experimenta con el mundo físico, examina las cualidades de los objetos, pone a prueba sus conjeturas, todavía de carácter práctico acerca de las cosas, y descubre las propiedades de los cuerpos y así crea su mundo social. (Delval, 1977)

Los niños con TDA, muestran una pobre relación con sus compañeros. Presentan una inadecuada socialización y carencia de relaciones interpersonales, y muestran conductas disruptivas mediante actos antisociales como robo, vandalismo o ingesta de bebidas alcohólicas, situaciones que provocan que la sociedad los rechace y que sean considerados como delincuentes juveniles (Barragán, 2001)

Es muy importante explorar como se encuentra el medio ambiente en el que se desenvuelve el niño/niña, tomando en cuenta el manejo del estrés familiar, las relaciones maritales, violencia y condiciones financieras.

Los niños/as con TDA, tienden a presentar alteraciones en el desarrollo del lenguaje, habilidades sociales pobres y comportamiento inestable asimismo se enfrentan a muchos retos, como la búsqueda de identidad, el desarrollo de la independencia, la aceptación de los padres, el desarrollo de relaciones afectivas significativas, el manejo de los cambios en su desarrollo físico y en sus impulsos sexuales y la toma de decisiones en cuanto a qué estudiar y en qué trabajar en el futuro. (Barragán, 2001)

El fracaso escolar puede deberse a problemas como los rezagos en el desarrollo de la lectura, la escritura o las matemáticas, dificultad en la relación con los compañeros y una autoestima empobrecida. Las dificultades del niño/niña para sostener la atención, organizar y planificar su trabajo escolar entorpecen de manera importante su capacidad para responder a los estilos diferentes de los maestros y a los requisitos de cada curso escolar. Características como la inconsistencia en su actuación y desempeño son fuentes de confusión para padres, maestros y para ellos mismos. (Barragán, 2001)

El tiempo de estudio en el hogar se diluye ante la falta de concentración y la presencia de otras actividades de mayor interés para él. Las calificaciones tienden a ser bajas y aumenta el riesgo de reprobar el año.

Esta es la etapa, en la que los conflictos se manifiestan abiertamente y que, en ocasiones, terminan en confrontaciones violentas entre el adolescente y los padres, lo que provoca en ambos, círculos viciosos de angustia, enojo y culpa. La rebeldía, la inconformidad y los estados de ánimo cambiantes ocurren de forma más marcada en el paciente con Trastorno por Déficit de Atención, que es un conjunto de manifestaciones clínicas que afectan el aprendizaje y la conducta del niño/niña. (Barragán, 2001)

La relación con los hermanos y los padres tiende a deteriorarse. Pueden abundar sentimientos de tristeza, de inconformidad consigo mismo, de abandono y de desesperanza generalizada. Pueden presentar también retraso en el desarrollo. Son más vulnerables a ser influenciados por personas que presenten conductas antisociales o delictivas. Durante la adolescencia el riesgo de fracasar en la escuela se incrementa, así como las suspensiones, y es más probable que abandonen la escuela y que usen o abusen del alcohol y las drogas.

Presentan actitudes desafiantes, opositoras, se niegan a obedecer, son hostiles verbalmente y agresivos. Generalmente responden más emocional e impulsivamente que racionalmente a situaciones estresantes. Se enojan fácilmente, tienen explosiones por cosas sin importancia. Algunos niños cuestionan los comentarios que se les hacen y contestan de mala manera a los padres y otras figuras de autoridad. La ansiedad y la depresión también pueden presentarse. (Barragán, 2001)

Muchos niños con TDA, tienen un continuo sentimiento de desventaja. Algunos se deprimen tanto por el fracaso en la escuela o por las peleas en la familia, que sienten que no existe manera de que triunfen en la vida.

Pueden comentar que se sienten tontos, locos o muy agobiados, y muchas veces se convencen de que son "malos". Como resultado sus ambiciones y expectativas se desploman. Pueden renunciar a sus metas en la vida y, a pesar del enojo de sus padres, eligen la amistad de personas que estén en la misma o peor situación.

Para evaluar a un niño/niña que presente una alteración en su conducta (en este caso el Trastorno por Déficit de Atención), dentro del salón de clases y dentro del ambiente familiar; el DSM IV considera los siguientes indicadores:

- Inicio de los síntomas antes de los 7 años de edad.
- Observación de los síntomas en más de dos lugares (casa, escuela, recreo, etc).
- Persistencia del comportamiento anormal durante más de 6 meses.
- No iniciar este tipo de comportamiento después de un evento agudo como el divorcio de los padres.
- No estar relacionados los síntomas y signos con alguna enfermedad o consumo de medicamento. (Hales, 1998)

Para considerarse como síntoma de inatención el niño/niña deberá tener 6 ó más de los siguientes indicadores propuestos:

- No pone atención a los detalles y comete errores evidentes al momento de realizar sus tareas escolares, o actividades diarias.
- Tiene dificultades para mantener la atención en juegos o tareas asignadas en casa.
- No parece escuchar lo que se le dice.
- No sigue correctamente las instrucciones ni termina las tareas escolares ni asume las obligaciones en casa a pesar de comprender las órdenes.
- Tiene dificultades en organizar actividades o tareas.
- Evita actividades o cosas que requieran un esfuerzo mental sostenible (armar rompecabezas)
- Pierde sus útiles escolares o cosas necesarias para sus actividades (juguetes, útiles escolares, libros).
- Se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes.

Emocionalmente, los niños/niñas con TDA muestran un desarrollo más inmaduro que sus compañeros de edad caracterizado por:

1. *Una baja tolerancia a la frustración:* La sucesión de situaciones frustrantes en combinación con las escasas experiencias de éxito, provocan en el niño un sentimiento de indefensión que contribuye de forma clara, a hacerle cada vez más intolerante ante situaciones de exigencia.
2. *La baja autoestima o autoestima aparentemente inflada que se agrava al llegar a la adolescencia:* En un intento de proteger su autoimagen los niños hiperactivos suelen atribuirse a sí mismos los éxitos pero no los fracasos y a adoptar actitudes diferentes en función de sus características individuales: unos niños manifiestan abiertamente que se sienten incapaces (se quejan y piden ayuda aunque no la necesiten), otros niños tratan de esconder sus sentimientos de incapacidad siendo muy perfeccionistas en su trabajo, otros, dan muestras de arrogancia y prepotencia ridiculizando y humillando a los demás para sentirse importantes.
3. *Mayor índice de sentimientos depresivos*
4. *Un desfase entre la capacidad intelectual y emocional: la inmadurez*
5. *Una gran dependencia de la aprobación de los adultos:* Se refleja en la necesidad de llamar constantemente la atención de los mayores.
6. *La necesidad de llamar la atención:* Al no poder destacar por conductas positivas, muchos niños/niñas hiperactivos destacan por conductas negativas que suelen ser reforzadas por la atención que reciben de los adultos.
7. *Las dificultades en las relaciones sociales:* Los niños hiperactivos son más rechazados por sus compañeros. Tienen el mismo conocimiento de estrategias prosociales (ayudar a los pequeños), pero tienen menos estrategias y más pobres para iniciar una amistad, para solucionar conflictos o para conseguir algo de otra persona. (Villar, 1999)

CAPÍTULO 2

2.1 Problemática

A partir de la investigación documental y de mi práctica profesional desarrollada en el servicio social realizada en el hospital psiquiátrico Dr. Juan N. Navarro me parece relevante elaborar una propuesta de evaluación sobre el Trastorno por Déficit de Atención desde un enfoque psicosocial, debido a que, la evaluación en niños y niñas en Hospital Psiquiátrico persigue la confirmación de la presencia del síndrome de Déficit de Atención caracterizado por retraso o fracaso del desarrollo, lo cual le dificulta la integridad yoica y de desarrollo dejando de lado la evaluación de los escenarios en que se desenvuelve el infante y es donde se genera el aprendizaje de pautas de comportamiento y de interacción social.

2.2 PROPÓSITO

Desarrollar una evaluación diferencial de los procesos cognitivos y factores socializantes que se manejan en los escenarios de la familia y de la escuela del niño/niña. Con la finalidad de identificar por un lado las inhabilidades en cuanto al desarrollo de la memoria, el aprendizaje, la atención y la concentración; y por otro lado inhabilidades sociales como son comportamientos, expresión afectiva y control de impulsos que el infante presenta y que pueden ser modificadas desde las diferentes pautas, para que el pequeño logre un mejor desarrollo en su entorno humano, para desempeñarse adecuadamente en su medio, lo cual permitirá plantear estrategias de atención en los escenarios en que se desenvuelve cotidianamente, ya que, es fundamental conocer este tipo de comportamiento para que las personas de los escenarios inmediatos manejen el problema proporcionándoles herramientas que les permita lograr en el infante un desarrollo más favorable y generar ambientes positivos para el bienestar colectivo.

CAPÍTULO 3

3.1 Actividades Desarrolladas

Sujetos

14 Niños y 3 niñas en el rango de edad entre 7 y 11 años canalizados al Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" por trastornos en la conducta, identificados por personal de la Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER) que pueden o no estar bajo terapéutica farmacológica. El tipo de muestra con la que se trabajó es de tipo accidental, debido a que no se eligieron los niños/as.

Actividades Desarrolladas por el Servicio en Psicología

Algunas de las actividades desarrolladas en el área de psicología fue la evaluación de los procesos cognitivos con niños/as con Trastorno por Déficit de Atención que se desarrolló en 5 o 6 sesiones dependiendo de cada niño. El intervalo entre cada cita fue de 8 días, al finalizar la evaluación se entregan los resultados a la madre, explicándoles los objetivos de cada prueba. Al tener la interpretación de las pruebas se anexan al expediente del niño.

Las actividades que se realizaron son:

- En la primera sesión se aplica la entrevista a la madre y al niño.
- En la segunda sesión se aplica el Test de Bender. Evalúa la percepción visomotora y descartar lesión cerebral (Hernández,1999).
- En la tercera sesión se aplica el Test de la Figura Humana calificado por Koppitz. Evalúa el autoconcepto que tiene el niño de sí mismo.
- En la cuarta y quinta sesión se aplica el Wisc-R-Español. Es una escala de inteligencia, donde se evalúa las interacciones de diferentes actividades o habilidades con los que nace y va desarrollando el niño, las cuales tienen que demostrar para adaptarse a determinadas situaciones

- Se da nuevamente cita para la entrega de resultados a la madre, al padre o ambos, y se sugiere terapia psicológica.

INSTRUMENTOS

Se aplicaron diferentes tipos de pruebas Psicológicas: 17 Test de Bender, 17 Test de la Figura Humana y 17 Wisc-R-Español; y entrevista sobre el desarrollo del niño para evaluar sus procesos cognitivos y saber las áreas en donde pueden tener mayor dificultad de adaptación a su medio, ya que esto nos permitió conocer condiciones que favorezcan el desarrollo del niño/a para proporcionarles herramientas y generar ambientes positivos para el bienestar colectivo

- ◆ *Entrevista:* Datos importantes en el transcurso del desarrollo del niño y/o niña.

Las preguntas que se hacen durante la entrevista son:

- Nombre del Niño
- Edad
- Escolaridad
- Fecha de nacimiento
- Lugar de nacimiento
- Nombre de la madre, edad, escolaridad y ocupación
- Nombre del padre, hermano(as) que viven en la casa
- Motivo de consulta (cuando se originó el problema)
- Desarrollo del noviazgo
- Desarrollo del embarazo.
- Historia Prenatal: (condiciones de la concepción y embarazo). Edad de la madre al embarazarse, enfermedades durante el embarazo, factores emocionales (hijo deseado, intento de aborto).
- Desarrollo Psicomotor: control de cuello, sedentación, bipedestación, marcha, control de esfínteres, lenguaje, actitud general del niño y desarrollo social
- Ingreso al Kinder.

- Actividades que realizan con el niño
- Expectativa de asistir al servicio de Psicología
- Evaluación de los indicadores presentes en el escenario escolar y familiar

CALIFICACIÓN DE LAS PRUEBAS.

- ◆ *Test Gestáltico Visomotor de Bender.* Contiene 9 tarjetas con dibujos que el niño tiene que copiar las figuras o dibujos en una hoja blanca.

Evalúa diferentes áreas relacionadas a la madurez visomotora y que son determinantes para detectar problemas en la coordinación visomotora y procesos preceptuales, problemas en el rendimiento escolar y disfunción cerebral mínima.

En el área de Coordinación Visomotora se evalúa el tipo de línea (persistente, continua, tenue, esbozada, discontinua), la capacidad para hacer ángulos, círculos y hacer correctamente el dibujo, juntar o invadir las figuras o poner una figura encima de otra. El área de Procesos Preceptuales evalúa si hay modificación de la posición de la figura. En el área de Integración de la Gestalt se evalúa si existen simplificaciones o condensaciones, es decir, si los trazos son muy sencillos que no muestran los detalles de la figura o si hay fragmentaciones donde el sujeto no une las figuras.

Para evaluar el Test Gestáltico Vismotor de Bender, existe un manual para calificar los dibujos, en donde se puntúa con "1" punto cada error que el niño tenga en cada dibujo, y como "0" si el niño o niña realizó el dibujo correctamente. Entre más puntos obtenga mayor es la probabilidad de tener una inmadurez o disfunción en la Percepción Visomotora así como puede ser sugerente de daño neurológico. (Hernández, 1999)

- ◆ *Test de la Figura Humana:* Evalúa el autoconcepto y la imagen corporal que se tiene de uno mismo; existe una lista de signos de organicidad en los cuales los niños o niñas dependiendo de la edad se toman en cuenta las partes del cuerpo que tiene el dibujo. Entre más partes del cuerpo tenga

mayor es el nivel de capacidad mental del sujeto. Se evalúan con "1" las diferentes partes del cuerpo esperadas, y con "0" si no las dibujó. El Puntaje más alto es de "8" que es un nivel de capacidad mental de Normal Alto a Superior.

- ◆ *Escala de Wechsler, WISC-R-Español*: Consiste en evaluar las capacidades intelectuales a través de diferentes áreas (Información, Comprensión, Semejanzas, Aritmética y Retención, Figuras Incompletas, Ordenamiento de Figuras, Diseño con cubos, Ensamble de Objetos y Símbolos en dígitos). (Wechsler, 1981, citado en Kauffman)

Las instrucciones son diferentes para cada área: La primera es de Vocabulario donde se le pide al niño/niña que defina algunos conceptos y evaluar el desarrollo del lenguaje. La segunda es de Información donde se le hacen algunas preguntas generales, para medir su capacidad de memoria. La siguiente es de Comprensión que mide su capacidad de razonamiento. La cuarta es de semejanzas, se le pide que diga las semejanzas que tienen diferentes pares de palabras, evalúa la capacidad de formación de conceptos verbales. En el área de Aritmética y Retención se le pide que repita algunos números en orden progresivo así como en orden inverso. Se le preguntan algunos problemas que los tiene que contestar mentalmente con el objetivo de medir su recuerdo inmediato, su imaginación auditiva y de imágenes visuales. En el área de figuras Incompletas se le pide que diga que parte importante le hace falta al dibujo, para medir su capacidad de discriminación y atención visual. Otra área es de Ordenamiento de Figuras, en el cual tiene que hacer una historia lógica con diferentes tarjetas que están en desorden. En el área de Diseño con Cubos tiene que hacer el mismo dibujo que aparece en una tarjeta para medir su percepción de la forma, visual. Orientación y Posición en el espacio. La última área es de Ensamble de Objetos donde tiene que armar diferentes dibujos, se puede evaluar cómo organiza los procesos de pensamiento.

Esta prueba se evalúa por áreas: en el área de Información, por cada respuesta correcta se puntúa con "1" donde la calificación máxima es "30". Se discontinúa

después de 5 fracasos consecutivos. En el área de Figuras Incompletas la puntuación es de "1 ó 0", donde "1" es si dijo la parte correcta que le faltaba al dibujo y "0" es si la dice incorrectamente. Se discontinua después de 4 fracasos consecutivos. La puntuación máxima es de "25". En el área de Semejanzas, se discontinua después de 3 fracasos consecutivos. La puntuación es de "1 ó 0" solo del reactivo 1 al 4. Se puntúa como "1" si dijo una semejanza correcta y con "0" si la respuesta entre el par de palabras es incorrecta. Del reactivo 5 al 17 se puntúa con "2, 1 ó 0". Dos es cuando el niño dice más de una respuesta correcta, Uno es solo cuando dice una idea general, y Cero es cuando no dice respuestas generales y específicas. En el área de Composición de Objetos, se tienen que aplicar todos los reactivos aún si se equivoca en alguno. Aquí se toma en cuenta el tiempo y el número correcto de piezas que hace al armar los objetos. Un ensamble perfecto es cuando lo hace dentro del tiempo esperado que marca el protocolo. La puntuación máxima es de 33. En el área de Comprensión, si el niño se equivoca en 4 reactivos consecutivos se discontinua el ejercicio. (Wechsler, 1981). La puntuación máxima es de 34. Se puntúa con 2 cuando dice más de 1 respuesta a la pregunta, Uno es cuando dice solo una respuesta básica y Cero es cuando no tiene idea de la respuesta. En el área de claves se puntúa con uno cuando copia el símbolo correcto a cada número correspondiente. El tiempo máximo es de 120 segundos, sino lo hace dentro de este tiempo, se evalúa donde se haya acabado. El área de Vocabulario se puntúa con "2, 1 ó 0" siguiendo los criterios anteriores. Se discontinua con 5 fracasos consecutivos. La puntuación máxima es de 64. El área de retención de dígitos se puntúa con "2, 1 ó 0". Dos es cuando dice correctamente en orden progresivo e inverso ambos ensayos. Uno es solo cuando fracasa con un ensayo y Cero es si falla los dos ensayos. La puntuación máxima para los números en orden progresivo e inverso es de 14, se suman estos dos y la puntuación máxima total es de 28. La prueba finaliza con la parte de laberintos, los errores van desde uno hasta 5, dependiendo del laberinto. Se toma en cuenta el tiempo que busca para encontrar la salida correcta. La puntuación máxima es de 30. (Kauffman, 1982)

Hay un área en la prueba donde se pone la fecha de aplicación y la fecha de nacimiento, con base en esto se obtiene la edad cronológica del sujeto y

dependiendo de la edad se busca la puntuación esperada tanto en la Escala de Ejecución como en la Escala Verbal que debería de tener el niño y se grafican los puntajes. Se suman estas dos Escalas y el resultado es la Escala Total Intelectual que obtuvo.

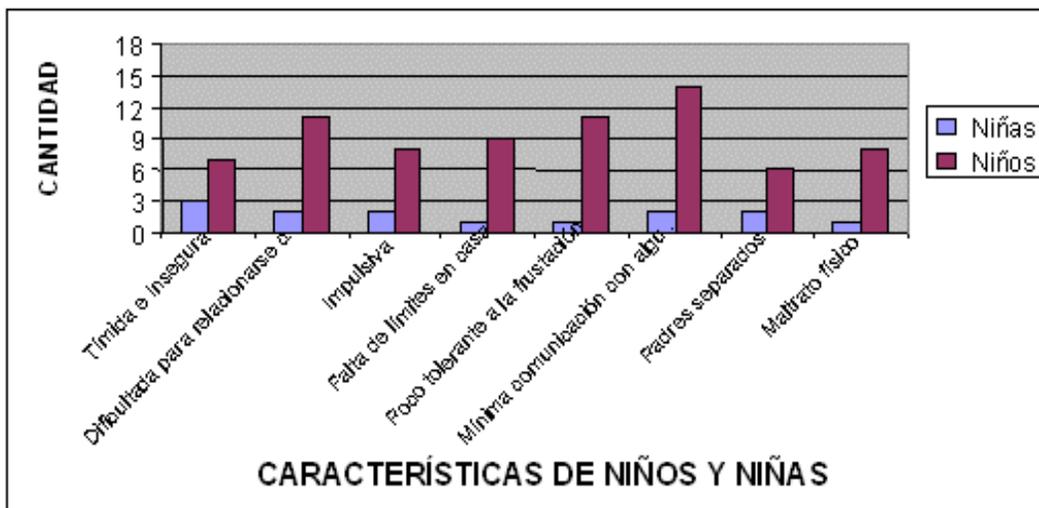
3.2 Análisis de Resultados Obtenidos

Análisis de resultados obtenidos

Para el manejo de los datos obtenidos se utilizó el análisis de frecuencias, debido a que se utilizó una muestra pequeña, para observar en que área presentan mayor alteración los niños/as con TDA. (Hernández, 1999)

Entrevista a Padres

La entrevista se dirigió al desarrollo del niño/a; asistieron 7 parejas; 7 mamás, y sólo 3 papás. Durante la aplicación de la entrevista, en cada pareja se observó que los padres de cada niño/a, presentaron dificultad para comunicarse entre ellos, discutían por cualquier cosa y especialmente, por el trastorno que presentaba el niño/a. Mostraron poco interés porque el niño/a tuviera un desarrollo más favorable y una mejor adaptación a su medio. No comprendían las consecuencias que podría tener su hijo/a al no recibir un tratamiento

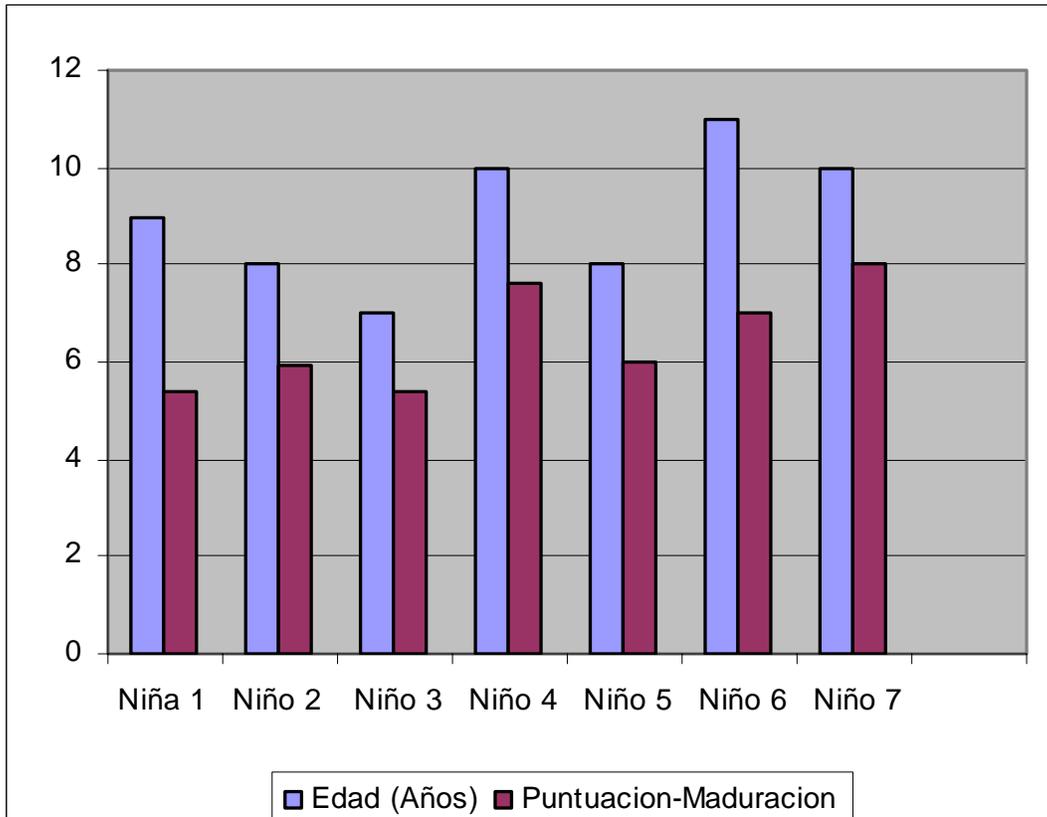


Los padres reportaron ciertas características de sus hijos/as y fueron las que se observan en el gráfico, 3 niñas y 7 niños son tímidos e inseguros. 2 niñas y 11 niños presentaron dificultad para relacionarse con los demás, tanto con los compañeros de su escuela como con cada integrante de su familia. 2 niñas y 8 niños son impulsivos, no poseen la capacidad para guiar las consecuencias de sus actos. 1 niña y 9 niños, carecen de falta de límites en casa. 1 niña y 11 niños, son poco tolerantes a la frustración, se desesperan rápidamente al ver que las cosas no salen como ellos/as desean. 2 niñas y 14 niños, presentan escasa comunicación con alguno de los padres; discuten frecuentemente o no existe interés por establecer comunicación con alguno de ellos. 2 niñas y 6 niños, tienen una familia desintegrada, los padres están separados. 1 niña y 8 niños presentan maltrato físico.

El desconocimiento de los padres acerca del trastorno que presentan sus hijos/as implica que establezcan de manera inadecuada límites a partir de las necesidades que cada niño/a requiere. Es por eso, que es importante informar a los padres la importancia que tiene conocer el trastorno que presenta su hijo/a, y así favorecer su desarrollo psicosocial.

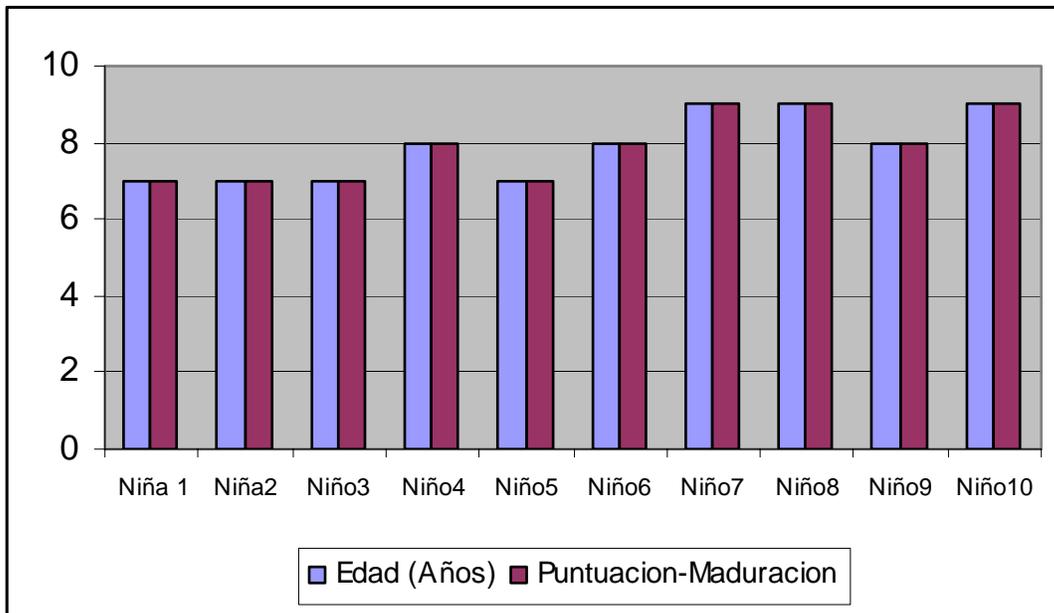
Desafortunadamente, en el Psiquiátrico Infantil; en el área de Psicología, existió la limitante de solo poder aplicar pruebas para evaluar los procesos cognitivos de niños/as con TDA y no poder hacer una evaluación más profunda, y por lo tanto, darle a cada niño/a un seguimiento. Con base en esto, sugiero una propuesta de evaluación psicosocial, de la que se hablará a continuación.

TEST DE BENDER (Percepción Visomotora)



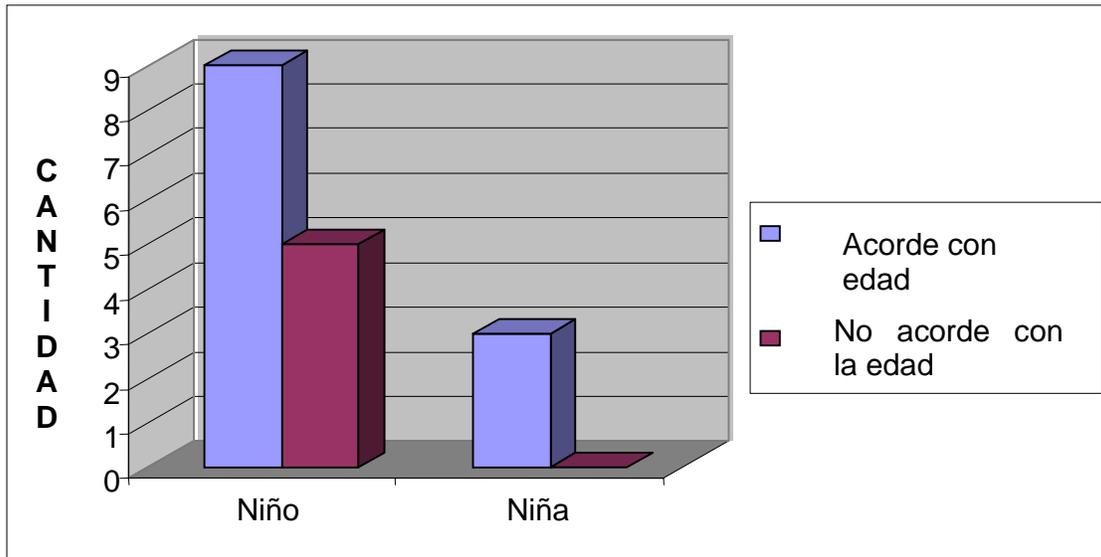
Como se observa en el gráfico, 6 niños y una niña presentaron alteración en la percepción visomotora, es decir, no es acorde a su edad cronológica. Experimentan frustración y frecuentes fracasos en su casa y en la escuela. No manejan sus recursos, son inseguros, retraídos e introvertidos.

TEST DE BENDER (Percepción Visomotora)



Como se observa en el gráfico, 2 niñas y 8 niños no presentaron alteración en la percepción visomotora, es decir, su percepción visomotora es acorde a su edad cronológica.

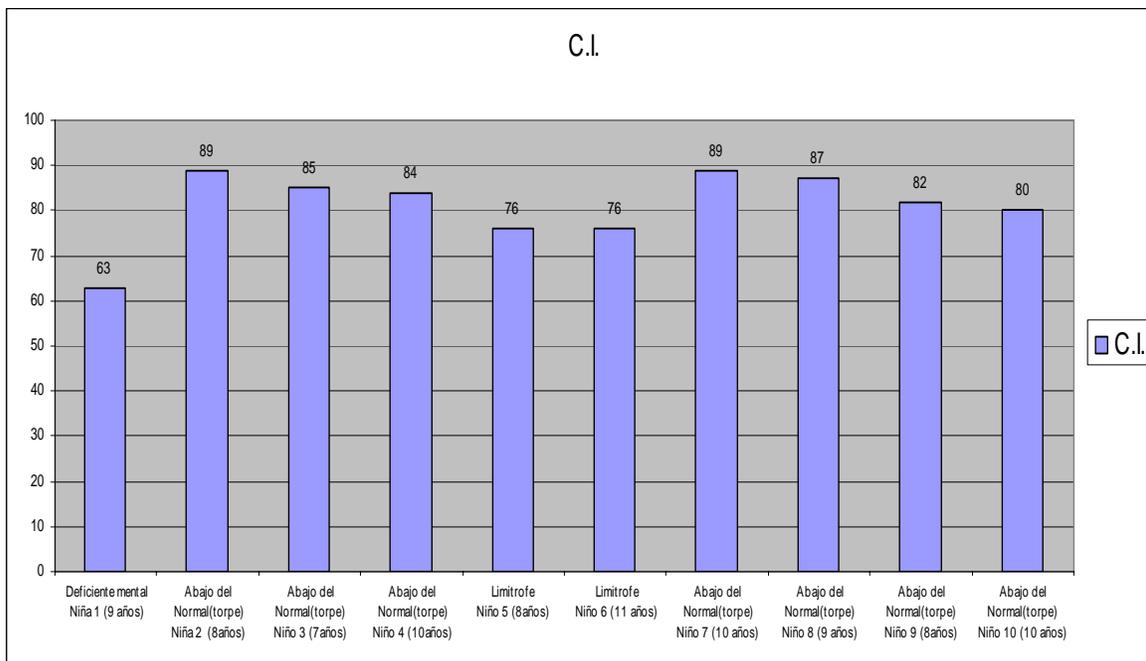
Test de la Figura Humana (Autoconcepto e Imágen corporal)



Como se aprecia en el gráfico, 9 niños y 3 niñas obtuvieron un nivel de maduración acorde a su edad cronológica, es decir, presentan una adecuada representación mental de sí mismos y aceptan de manera favorable su cuerpo. 5 niños si presentaron alteración en su imagen corporal, es decir, su percepción de sí mismos se encuentra alterada.

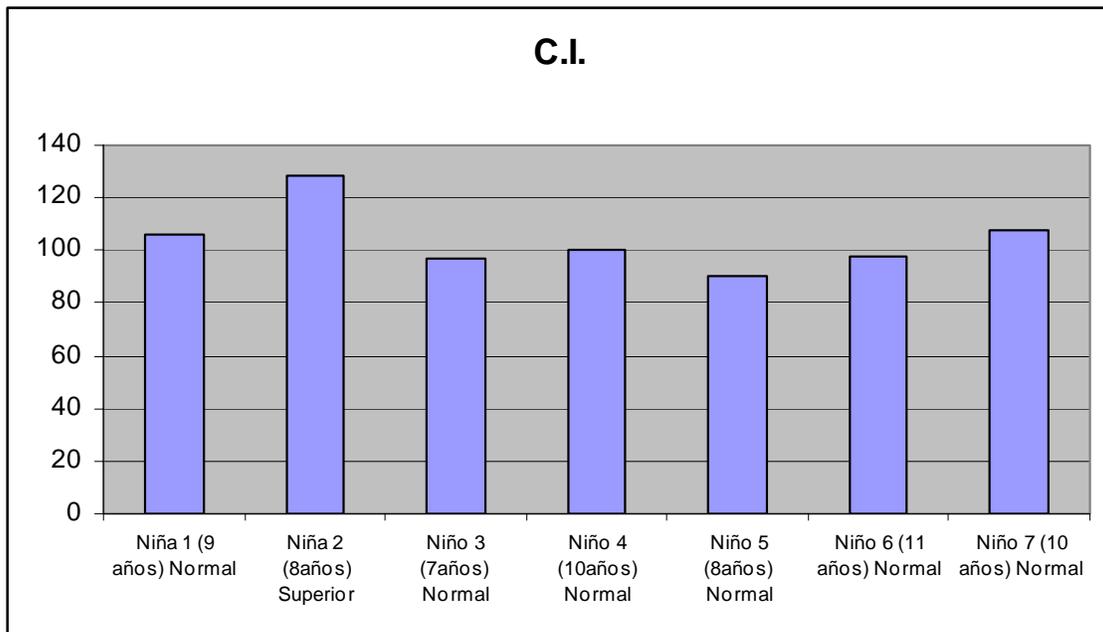
Escala de Inteligencia WISC-R

ESPAÑOL



Como se observa en la gráfica, la niña 1 obtuvo un CI de 63 (deficiente mental), la niña 2 obtuvo un CI de 89 (abajo del normal), el niño 3 obtuvo un CI de 85 (abajo del normal), el niño 4 obtuvo un CI de 84 (abajo del normal), el niño 5 obtuvo un CI de 76 (límitrofe), el niño 6 obtuvo un CI de 76 (límitrofe), el niño 7 obtuvo un CI de 89 (abajo del normal), el niño 8 obtuvo un CI de 87 (abajo del normal), el niño 9 obtuvo un CI de 82 (abajo del normal), el niño 10 obtuvo un CI de 80 (abajo del normal), lo que quiere decir, que su comprensión y conceptualización verbal; el razonamiento y expresión verbal, su capacidad de aprendizaje, el desarrollo del lenguaje se encuentra disminuida.

Escala de Inteligencia WISC-R ESPAÑOL



Como se observa en el gráfico, 1 niña y 6 niños obtuvieron un CI Normal a su edad cronológica, un niño obtuvo un CI Superior a su edad cronológica, lo que indica que, su comprensión, conceptualización, razonamiento y expresión verbal es acorde a su edad cronológica.

CAPÍTULO 4

4.1 PROPUESTA DE EVALUACIÓN PSICOSOCIAL

Por lo que observé en el transcurso de mi servicio social, la familia y la escuela son escenarios importantes para el desarrollo del niño/a con Trastorno por Déficit de Atención. Es por eso, que planteo una evaluación psicosocial, en donde los padres de familia junto con los maestros juegan un papel muy importante en la socialización de los niños/as al igual que su participación y así poder evitar conductas antisociales.

Las pruebas que apliqué en el Hospital Psiquiátrico Infantil, para evaluar los procesos cognitivos de los niños/as con TDA, me parece no son suficientes para tener una evaluación completa, ya que, sólo se observan aspectos cognitivos y no se toma en cuenta el ambiente que rodea al niño/a y que pudiera incrementar algunos de los síntomas que presentan estos niños/as al vivir en un ambiente caótico, tanto familiar como escolar, y afectar en su desarrollo social.

Para la evaluación psicosocial de los niños/as con TDA se requiere de la participación de los padres y maestros, que directamente tienen relación con los infantes, y en ocasiones no tienen los conocimientos para tratarlos y creen que las conductas de estos niños/as son provocadas por ellos para molestar a los demás.

Los siguientes cuestionarios son importantes para proporcionar a los maestros y a los padres una forma de evaluación sobre este trastorno, en donde puedan reportar indicadores que permitan identificar aspectos del comportamiento que mantienen en su relación con el niño/a.

El objetivo de este trabajo es proponer la evaluación psicosocial a partir de los cuestionarios de Kirby (1992), y considerando que estos adolecen de un

formato para calificarse , desarrollo el formato de escala nominal a partir de los 5 factores propuestos y realizando un cuadro de categorías en el manejo de socialización, y algunas actividades para modificar la socialización, a partir de las cuales se propongan cambios específicos en los padres y maestros para modificar las pautas de socialización que han manejado.

Cuestionario para Padres (Kirby, 1992)

Nombre del niño	Fecha				
Por favor conteste todas las preguntas					
Junto a cada uno de los siguientes reactivos, indique el grado del problema mediante una marca.					
	Nunca	Un poco	Demasiado	Bastante	
1. Manipula cosas(uñas, dedos, cabello, ropa)					
2. Es impertinente con las personas mayores					
3. Tiene dificultades para hacer o conservar amigos					
4. Es excitable, impulsivo					
5. Quiere dirigir todo					
6. Succiona o mastica(el pulgar, la ropa, las sábanas)					
7. Lloro con facilidad o a menudo					
8. Busca pleitos					
9. Sueña despierto					
10. Se le dificulta aprender					
11. Es inquieto, le gusta retorcerse					
12. Es temeroso (tiene miedo de nuevas situaciones, de gente desconocida u otros lugares, de ir a la escuela)					
13. No se está quieto; siempre anda de un lado a otro					
14. Es destructivo					
15. Dice mentiras o historias falsas					
16. Es tímido					
17. Se mete en más problemas que otros chicos de su edad					
18. Habla diferente a otros pequeños de su edad (como bebé, tartamudea, es difícil entenderlo)					
19. No acepta sus errores o responsabiliza a otros					
20. Es peleonero					
21. Hace berrinches y malas caras					
22. Hurta					
23. Desobedece u obedece de malagana					
24. Se preocupa más que los otros niños (por quedarse sólo; por enfermarse o dormir)					
25. Deja cosas inconclusas					
26. Es fácil herir sus susceptibilidad					
27. Abusa de los demás					
28. Es incapaz de abandonar una actividad repetitiva					
29. Es cruel					
30. Es infantil o inmaduro (desea ayuda que no debería necesitar; no es independiente; requiere que constantemente se le apoye)					
31. Se distrae o no puede concentrarse					
32. Tiene dolores de cabeza					
33. Cambia súbita y marcadamente de ánimo					
34. Le desagradan o se niega a seguir reglas u observar restricciones					
35. Pelea con frecuencia					
36. No se lleva bien con hermanos o hermanas					
37. Se frustra con facilidad si fracasa					
38. Molesta a otros chicos					
39. Es desdichado					
40. Padece alteraciones del apetito(come mal; ingiere demasiados bocadillos)					
41. Sufre de dolores de estómago					
42. Tiene trastornos del sueño (no puede dormir, se despierta muy temprano, se levanta de noche)					
43. Experimenta otros dolores y malestares					
44. Vomita o siente náusea					
45. En el círculo familiar siente que todos abusan de él					
46. Alardea y es presuntuoso					
47. Permite que abusen de él					
48. Sufre de problemas intestinales (diarreas frecuentes, hábitos irregulares, estreñimiento)					

Cuestionario para el maestro (Kirby, 1992)

Nombre del niño	Fecha			
Por favor conteste todas las preguntas Junto a cada uno de los siguientes reactivos, indique el grado del problema mediante una marca.				
	Nunca	Un poco	Demasiado	Bastante
<i>Conducta en el aula</i>				
1. Juguetea constantemente				
2. Tararea y emite otros ruidos raros				
3. Sus exigencias deben satisfacerse de inmediato; se frustra con facilidad				
4. Su coordinación es deficiente				
5. Inquieto o activo en exceso				
6. Excitable, impulsivo				
7. No pone atención, se distrae con facilidad				
8. Deja inconclusas las cosas que empieza; no enfoca su atención por periodos largos por periodos prolongados				
9. Excesivamente sensible				
10. Demasiado serio o triste				
11. Sueña despierto				
12. Malhumorado o resentido				
13. Lloro con frecuencia y fácilmente				
14. Molesta a otros niños				
15. Peleonero				
16. Su ánimo cambia rápida y drásticamente				
17. Se quiere pasar de listo				
18. Destructivo				
19. Hurta				
20. Miente				
21. Tiene accesos de cólera; su conducta es explosiva e imprevisible				
<i>Participación en el grupo</i>				
22. Se aísla de otros niños				
23. Parece ser rechazado por el grupo				
24. Se deja llevar con facilidad				
25. No tiene sentido de lo que es jugar con equidad				
26. Parece carecer de liderazgo				
27. No se lleva bien con el sexo opuesto				
28. No se lleva bien con el mismo sexo				
29. Provoca a otros chicos o interfiere en sus actividades				
<i>Actitud hacia la autoridad</i>				
30. Sumiso				
31. De reto				
32. Insolente				
33. Tímido				
34. Temeroso				
35. Exige demasiada atención del maestro				
36. Obstinado				
37. Se afana mucho por complacer				
38. Cooperera poco				
39. Falta mucho a clases				

4.2 Calificación e Interpretación de los Cuestionarios

Para detectar los problemas interpersonales y deficiencias en las habilidades sociales que son las áreas problema en los niños/as con TDA, tanto como la falta de atención, impulsividad y en algunos casos hiperactividad, son el motivo más común de que se les envíe al especialista. A medida que aumenta su edad, se desarrollan ciertas características que complican mucho más su ajuste interpersonal y social. Entre ellas se encuentran:

- Obstinación
- Negativismo
- Testarudez
- Carácter dominante
- Labilidad emocional aumentada
- Baja tolerancia a la frustración
- Explosiones de ira
- Baja autoestima
- Falta de disciplina (Kirby, 1992)

Los cuestionarios proporcionan una fuente de información, ya que, algunas preguntas se refieren a la conducta del infante durante la infancia y niñez, y algunas dificultades académicas y sociales del niño/a en edad escolar, suelen tener como antecedentes indicadores mucho más tempranos de un desarrollo atípico, así como, problemas para seguir un horario, sensibilidad al ruido, alto nivel de actividad general, y falta de empeño y concentración. Esta fuente de información que proporcionan los padres y maestros tiene el propósito de obtener información objetiva y conocer la forma en como los padres perciben el problema.

Por lo que, la integración de resultados en la escala de valoración de los cuestionarios para padres y maestros se lleva a cabo con un estudio de análisis factorial generando cinco factores: problemas de atención aprendizaje, problemas

de agresividad-conducta, problemas de impulsividad/hiperactividad, dificultades psicosomáticas y alteraciones por ansiedad; teniendo opciones de respuesta, con el fin de observar al niño/a en el proceso de enfocar su atención, solucionar problemas, para determinar los productos (puntuaciones estándar). Estos cuestionarios permiten observar e identificar estrategias de modificación en la relación con el niño/a con TDA.

Considerando que la modalidad del presente trabajo es una tesina cuyo objetivo es realizar un análisis a profundidad de un tópico de interés elegido de las actividades realizadas durante el servicio social, no se intentará la validación de instrumentos.

Los datos obtenidos del cuestionario, facilitan a los padres a participar en todo lo posible para describir los principales puntos por atacar en el tratamiento del infante, y tomar decisiones en cuanto a modificaciones en los aspectos por enfocar o procedimientos que se requieran. Asimismo es una forma de detectar en que área presentan mayor problema y con base en esto, poder modificar la conducta del niño/a. Un ambiente familiar bien estructurado, donde las reglas y los límites estén bien establecidos permite al niño/a comprender cuáles comportamientos son adecuados y anticipar las consecuencias que podría tener el no portarse de manera acorde con la situación.

Estos cuestionarios tienen el propósito de obtener información objetiva y conocer la forma en que los padres perciben el problema y la manera en cómo están socializando a sus hijos/as.

Cuadro de factores y preguntas que están considerados en el factor para el cuestionario de padres (Kirby, 1992)

FACTORES	PREGUNTAS	INDICADORES DE FACTORES DE SOCIALIZACIÓN	ACTIVIDADES SUGERIDAS PARA MODIFICAR LA SOCIALIZACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Problemas de atención-aprendizaje 	<p>Se le dificulta aprender (10). Deja cosas inconclusas (25). Es incapaz de abandonar una actividad repetitiva (28). Se distrae o no puede concentrarse (31).</p>	1. Lenguaje	Contarle cuentos y hacerle preguntas sencillas acerca de este.
		2. Capacidad de concentración al realizar la tarea	Sentarlo en un lugar donde no haya estímulos que lo distraigan.
		3. Establecimiento de límites	Dar órdenes con firmeza, claras y precisas.
		4. Espacio/Tiempo	Establecer una hora para cada actividad
<ul style="list-style-type: none"> Problemas de agresividad-conducta 	<p>Es impertinente con las personas mayores (2), Tiene dificultades para hacer o conservar amigos (3). Quiere dirigir todo (5). Busca pleitos (8). Es tímido (16). Se mete en más problemas que otros chicos de su edad (17). No acepta sus errores o responsabiliza a otros (19). Es peleonero (20). Hace berrinches y malas caras(21). Hurta (22). Desobedece u obedece de mala gana (23). Abusa de los demás (27). Es cruel (29).</p>	1. Buena relación con los adultos	Comunicarse, Platicar y Jugar con ellos/as.
		2. Autoestima	Destacar los aspectos positivos y sus cualidades.
		3. Adaptación al medio	Interaccionar adecuadamente con cada integrante de la familia.
		4. Comportamiento adecuado en casa y con visitas	Reforzar las conductas positivas y no premiar las negativas.
		5. Aprender a cooperar en las tareas de la casa	Pedirle que haga su cama y reforzarle la conducta.

FACTORES	PREGUNTAS	INDICADORES DE FACTORES DE SOCIALIZACIÓN	ACTIVIDADES SUGERIDAS PARA MODIFICAR LA SOCIALIZACIÓN
	<p>Es infantil o inmaduro (desea ayuda que no debería necesitar, no es independiente) (30). Pelea con frecuencia (35). No se lleva bien con hermanos/as (36). Molesta a otros chicos (38). Es desdichado (39). En el círculo familiar siente que todos abusan de él/ella (45). Alardea y es presuntuoso (46). Permite que abusen de él/ella (47).</p>	6. Autonomía	Hacerse cargo de sus acciones.
<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de impulsividad/hiperactividad 	<p>Es excitable-impulsivo (4). Es inquieto-le gusta retorcerse (11). No se está quieto; siempre anda de un lado a otro (13). Es destructivo (14). Le desagrada o se niega a seguir reglas u observar restricciones (34).</p>	1. Control de su conducta	Pegar una cartulina en casa que tenga las conductas adecuadas que debe hacer y reforzarlo a largo plazo para mantener esa conducta.
		2. Comportamiento explosivo	Anticiparse a la conducta inadecuada del hijo/a para poder evitarla.
		3. Anticipa respuestas ante una situación	Explicarle cuales podrían ser las consecuencias de sus actos.
<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades psicósomáticas 	<p>Se preocupa más que los otros niños (por quedarse sólo, por enfermar o dormir)</p>	1. Hábitos de Higiene	Establecer que antes de cada comida se debe lavar las manos y 3 veces al día

FACTORES	PREGUNTAS	INDICADORES DE FACTORES DE SOCIALIZACIÓN	ACTIVIDADES SUGERIDAS PARA MODIFICAR LA SOCIALIZACIÓN
	<p>(24). Tiene dolores de cabeza (32). Cambia súbita y marcadamente de ánimo (33). Padece alteraciones del apetito (come mal; ingiere demasiados bocadillos) (40). Sufre de dolores de estómago (41). Tiene trastornos del sueño (no puede dormir, se despierta muy temprano, se levanta de noche) (42). Experimenta otros dolores y malestares (43). Vomita o siente náusea (44). Sufre de problemas intestinales (diarreas frecuentes, hábitos irregulares, estreñimiento) (48).</p>	<p>2. Hábitos alimenticios 3. Hábitos de sueño</p>	<p>los dientes. Establecer una hora específica para cada comida. Establecer cada día la misma hora para dormir.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Alteraciones por ansiedad 	<p>Manipula cosas (uñas, dedo, cabello, ropa) (1). Succiona o mastica (pulgar, la ropa, las sábanas) (6). Lloro con facilidad o a menudo (7). Sueña despierto (9). Es temeroso (tiene miedo de nuevas situaciones, de gente desconocida, u otros lugares) (12). Dice mentiras o historias falsas (15). Habla diferente a otros pequeños de es difícil</p>	<p>1. Angustia excesiva 2. Agresividad</p>	<p>Realizar actividades que le gusten. Elaborar una lista donde se anoten las conductas positivas, y poner una estrella, y las conductas negativas ignorarlas.</p>

FACTORES	PREGUNTAS	INDICADORES DE FACTORES DE SOCIALIZACIÓN	ACTIVIDADES SUGERIDAS PARA MODIFICAR LA SOCIALIZACIÓN
	entenderlo) (18). Es fácil herir su susceptibilidad (26). Se frustra con facilidad si fracasa (37).		

La función orientadora del maestro es importante para el desarrollo y adaptación eficaz, tanto del niño normal como del que presenta algún tipo de trastorno, y una preparación adecuada hará que el maestro esté en condiciones de diagnosticar los problemas escolares y de adaptación de sus alumnos.

El maestro debe comprender que cada niño/a tiene necesidades y capacidades diferentes, que poseen aptitudes especiales y que existen tipos específicos de trastornos que presenta cada niño/a, (entre ellos el TDA) así como mecanismos mentales que utiliza para resolver los problemas creados por sus dificultades, y con base en esto canalizarlo a un tratamiento especializado para un mejor desarrollo psicosocial.

La escuela debe trabajar paralelamente con la familia del infante y más específicamente con los niños/as que presentan TDA, ya que, el objetivo de la escuela es proporcionar al niño/a una orientación inteligente en todas las fases de su vida: desarrollo físico, relaciones sociales, deberes cívicos, conducta personal, educación y recreación. La función del maestro es crear situaciones de aprendizajes con base en las necesidades de cada niño/a, asegurando su crecimiento y desarrollo sanos, que mejoren sus capacidades latentes, encaucen sus actividades escolares por caminos provechosos, impidan el desarrollo de defectos y desequilibrios en su personalidad, y le ayuden a superar sus dificultades escolares y sociales. (Wallin, 1992)

En cuanto al tratamiento psicológico, es un plan de trabajo que comprende diferentes tipos de intervención, entre las que destacan la terapia psicopedagógica, la terapia familiar y la psicoterapia de grupo o individual.

Con lo que respecta a la **terapia psicopedagógica**, reúne una serie de técnicas y estrategias especializadas en brindar estimulación particular a cualquiera de las áreas que presente algún retraso en el desarrollo, en este caso con niños/as que presentan Trastorno por Déficit de Atención, con el objetivo de que el niño/niña adquiera o corrija la función académica que se encuentre alterada.

Dentro del terreno del desarrollo emocional existe la alternativa de la psicoterapia dirigida en forma particular al niño/niña. Es muy frecuente que el niño/niña con TDA desarrolle una pobre autoestima, que a su vez lo convierta en un niño/niña inseguro, desconfiado, con problemas importantes de comunicación con los demás. En estas circunstancias el manejo emocional por parte de un especialista es muy importante.

CAPÍTULO 5

5.1 CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos de las pruebas aplicadas identifiqué lo siguiente: En cuanto al WISC-R-E, 2 niñas y 8 niños con TDA, presentaron un CI por debajo de su edad cronológica es decir, su razonamiento, expresión verbal, capacidad de aprendizaje, desarrollo del lenguaje y memoria se encuentran disminuidas. Así como también, presentaron problemas en la coordinación visual motora, la capacidad de secuenciación y comprensión. En cambio, 1 niña y 6 niños obtuvieron un CI Normal a su edad cronológica, lo que indica que, su comprensión, conceptualización, razonamiento y expresión verbal no se encuentran disminuidas.

En cuanto al Test de la Figura Humana, 9 niños y 3 niñas obtuvieron un nivel de maduración acorde a su edad cronológica, es decir, presentan una adecuada representación mental de sí mismos y aceptan de manera favorable su cuerpo. En cambio, 5 niños si presentaron alteración en su imagen corporal, es decir, su percepción de sí mismos se encuentra alterada.

Con los datos obtenidos en el Test de Bender, se observó que 6 niños y 1 niña con TDA, presentaron alteración en la percepción vasomotora, es decir, no es acorde a su edad cronológica. Estos niños/as no manejan sus recursos, son inseguros y retraídos, presentan problemas en la escuela tanto en su rendimiento académico como en la relación inadecuada con los compañeros de su escuela.

Con base en la entrevista, los padres de los niños/as que presentan el Trastorno por Déficit de Atención, presentan una mala comunicación entre ellos y con los hijos/as; y se caracteriza el ambiente familiar por ser hostil y agresivo.

Con relación a la forma en que son socializados estos niños/as por sus padres, se identificó: dificultades en la comunicación entre los padres y con sus hijos/as, esto aunada a una pobre relación madre/hijo/a, así como prácticas punitivas y alta agresividad inicial en el niño/a, lo cual confirma el planteamiento de Gutiérrez (1999), de que en las familias de los niños/as hiperactivos o con Trastorno por Déficit de Atención, existen problemas de comunicación entre los padres y maltrato físico. Ante esto habría que cuestionar hasta que punto el problema de los niños/as con problemas de TDA, son consecuencia de esta forma de interacción social al interior de la familia. Jaimes (1999), hace referencia a que es importante un adecuado entrenamiento con los padres de cada niño/a con TDA, reduciendo así las conductas disruptivas dentro de la casa y el estrés familiar. El entorno familiar debe ser estructurado y constante, estableciendo horarios, límites e instrucciones claras y precisas.

El Trastorno por Déficit de Atención causa disfunción social o conductas persistentes e intensas que modifican la habilidad del niño/a para ganar funciones en su desarrollo psicosocial. Jaimes (1999) señala la importancia de reforzar las conductas positivas de los niños/as, aprovechando los avances y progresos al aumentar la autoestima en cada niño/a. La clase ideal para estos niños/as es una clase altamente estructurada y organizada, con expectativas claras y una agenda concreta a practicar. Es conveniente que estos niños/as tengan un sitio próximo a la maestra y evitarles distracciones, dado que con frecuencia se les dificulta trabajar y tienen que disponer de un tiempo extra para completar sus tareas escolares.

A partir de mi experiencia de servicio social en el Psiquiátrico Infantil, el Trastorno por Déficit de Atención, ocupa, por su frecuencia, uno de los primeros lugares de alteración infantil más frecuente; ejerce un serio impacto social, debido a que genera situaciones de estrés y conflictos en la escuela y en el núcleo familiar. Es por esto, que propongo una evaluación psicosocial, que permita replantear los procesos de socialización con base en los resultados de los cuestionarios aplicados a padres y maestros que posibiliten establecer las bases para preparar a

los niños/as que presentan este trastorno, a los maestros y a padres de familia en la búsqueda de parámetros alternativos de interacción con estos niños/as para que adquieran otros patrones de comportamiento que les resulten benéficos en su desarrollo y adaptación, y dependiendo de las necesidades que cada niño/a les transmitan establecer límites educativos claros.

La disfunción social es el factor que mide la severidad de los síntomas y la necesidad de tratamiento, ya que el rechazo de amigos, familiares y compañeros del salón de clases determina en gran medida la estructura de la personalidad, es por eso, que la socialización es muy importante ya que, cada niño/a va desarrollando su propio idioma, con base en experiencias de socialización aprende su lengua. La socialización es un proceso complejo a través del cual los adultos de una sociedad van inculcando en el niño/a modos apropiados de pensamiento, sentimiento y comportamiento. Como menciona, Bronfman (1996), afirma que el niño/a está inmerso en una secuencia constante de contextos sociales: la familia, la escuela, el grupo de juegos, etc., en los que experimenta personas, objetos, recompensas, castigos, amor, amenazas. Al niño/a no le influye la cultura, sino más bien las personas situadas en diversos contextos culturalmente determinados y que son los agentes de la cultura. Esas experiencias son las que constituyen la base del proceso de socialización.

La socialización es un proceso complejo en los niños/as con TDA, son los adultos los que van inculcando en el niño/a modos apropiados de pensamiento, sentimiento y comportamiento; como afirma Papalia (1997), las relaciones que se forman en la infancia determinan muchos de los patrones de la socialización temprana del niño/a. La clase de familia en la que crece el niño/a, es una gran influencia para él/ella, debido a que son los primeros factores sociales tempranos con los que tiene contacto. El niño/a se ve confrontado y expresa sus dificultades de manera inadecuada, es decir, su modo de interactuar socialmente es que tienden a ser intensos y descontrolados, lo que aumenta la posibilidad de conflictos y rechazos entre los niños del salón de clases y con los adultos. La mayoría de estos niños/as son desobedientes, tienen dificultades para seguir

normas, son mandones y entrometidos. El comportamiento típico en el TDA, escapa al control voluntario y se relaciona con el alto déficit en la capacidad de autorregulación.

La mayoría de los niños/as con TDA, crecen en un ambiente familiar disfuncional, el modo en que socializan es inadecuado, los padres no son fuente de transmisión educativa y no existen aportaciones culturales en las cuales el niño/a pueda tener un desarrollo psicosocial favorable. Como menciona Piaget (1980), el término social corresponde a dos realidades distintas, desde el punto de vista cognoscitivo y afectivo, en donde los padres son fuente de transmisión educativa y lingüística.

Durante el transcurso del desarrollo psicosocial del niño/a, es importante para ellos/as lograr una buena autoimagen, intimar con otras personas y compartir maneras de pensar y sentir, hace que el niño/a esté en búsqueda de su identidad. La opinión que otros niños/as tengan de su competencia es fundamental para su autoimagen. Como lo denomina Erikson (1979), a esta etapa del desarrollo industriosa versus inferioridad, y afirma que en todas las culturas, los niños/as aprenden las habilidades necesarias para sobrevivir. Los esfuerzos por dominar estas habilidades pueden ayudar a que los niños/as se formen un autoconcepto positivo de ellos/as mismos.

Es por esto, que se confirma que si el niño/a que es diagnosticado con Trastorno por Déficit de Atención, no desarrolla las habilidades necesarias de socialización que son transmitidas por su ambiente exterior; puede entrar en una crisis psicosocial, generando un estado de tensión en el/ ella como lo menciona Newman (2001).

Con base en esto, es importante observar que la mayoría de los niños/as con TDA presentan un inadecuado proceso de socialización y de cómo los adultos los están socializando a estos niños/as, causándoles alteración en su desarrollo psicosocial.

Es necesario, que en cuanto se presenten algunas características asociadas a este trastorno, como una inadecuada socialización; los padres o los familiares más cercanos al niño/niña atiendan al infante ya que, si evoluciona el trastorno y no se trata sería perjudicial para el niño/a con este problema, pues llegar al tratamiento con metilfenidato (ritalin), pueden presentar disminución en la coordinación motora, debido al efecto sedante disminuyendo la concentración y las tareas cognoscitivas. El tratar a niños/as con medicamento pueden presentar efectos secundarios como lo menciona Gutiérrez y Jaimes en la Revista Mexicana de Pediatría (1999), lo cual repercute en su vida social al verse disminuidos en su actividad motora y perceptiva.

El niño/niña con este trastorno es “más difícil de llevar” si no tienen unos límites educativos claros y consistentes. Muchos padres tienen dificultades para poner límites educativos coherentes, firmes y sensatos, lo que genera más problemas de conducta en los niños/niñas. En la mayoría de los casos, los padres de los niños/as con TDA presentan problemas de comunicación entre ellos, ya que, en el transcurso de la entrevista se observó que no coinciden en la educación del infante e incluso en la percepción que cada padre tiene sobre el hijo/a.

En estos casos es necesario que el Psicólogo inicie un programa de entrenamiento específico que contemple los siguientes aspectos:

- Enseñar a los padres los principios que rigen el aprendizaje y la modificación de conducta aplicada a ejemplos de la vida diaria.
- Enseñar a los padres a anotar situaciones problema a lo largo de la semana (para analizarlas después con el terapeuta) siguiendo los siguientes pasos: 1) ¿Cuál era la situación antes del problema?, 2) ¿Cómo se desencadenó el problema? y 3) ¿Qué medidas se tomaron?
- Crear hábitos de estudio, establecer rutinas de trabajo, acondicionar el cuarto de estudio, premiar cuando termine la tarea, etc.
- Reforzar su autoestima: Los padres pueden ayudar a que un niño tenga un autoconcepto de sí mismo equilibrado, o sea, adaptado a su realidad, y una

autoestima positiva: 1) Resaltado los aspectos positivos de conducta e ignorar lo negativos, 2) Ayudarlos a enfrentar sus errores sin encubrirlos, 3) Ayudarles a aceptar sus limitaciones (Villar, 1999).

En cuanto a la escuela, el maestro puede realizar un programa donde lleve a cabo diferentes actividades como:

- Investigar que cosas en particular son difíciles para el alumno con TDA. Por ejemplo, un alumno con TDA podría tener problemas al comenzar una tarea mientras que otro podría tener dificultades para terminarla e iniciar la siguiente. Cada alumno necesita ayuda diferente.
- Establecer reglas y rutinas claras para desempeñar tareas específicas. Hacerle saber al niño/a con TDA cualquier cambio en el horario.
- Enseñar al alumno como usar un cuaderno de tareas y establecer un horario diario. Enseñar destrezas de estudios de estrategias para aprender y reforzarlas regularmente.
- Asegurarse que las instrucciones sean claras y precisas para que el alumno con TDA las siga. Proporcionar instrucciones tanto verbales como escritas
- Trabajar junto a los padres del alumno con TDA para crear e implementar un plan educativo especialmente para las necesidades del alumno (Rosas, 2002)

Al llegar a la adolescencia la persona se enfrenta a otros escenarios donde se podrían favorecer conductas antisociales (delincuencia, consumo de drogas, etc.) y que muchas veces con el temor de los padres por descubrir alguna anomalía en sus hijos, justifican cada una de sus acciones desde pequeños.

Actualmente vivimos en una sociedad en donde, la consecuencia de no ser “igual” a los demás y de no seguir las reglas establecidas por la familia, no necesariamente los enriquece en el desarrollo de su individualidad, la escuela o la

sociedad, hacen merecedor al niño/a u adolescente a una serie de castigos que desfavorecen su crecimiento personal.

Es indispensable que los padres de familia y maestros estén informados acerca de este trastorno, ya que, estos niños/as requieren de su comprensión. Estos niños/as no determinaron sus conductas y fallas si no que las generan a partir de la relación socializante que influye en ellos, lo único que desean es poder superarlas día a día con el apoyo de sus padres y maestros sin culparse uno a otro o de ignorar la realidad, justificando cada una de sus acciones. Es por esto, la importancia de la propuesta de evaluación psicosocial.

Algunas de las funciones profesionales que llevé acabo en el servicio social, en el Hospital Psiquiátrico Infantil, fue aplicación e interpretación de las pruebas cognitivas a niños/as que presentan algún trastorno y específicamente con trastorno por déficit de atención, así que mi propuesta en el presente trabajo fue realizar una evaluación psicosocial debido a que, una de las limitantes en el servicio social fue que mi función solamente era la evaluación de los procesos cognitivos de estos niños/as, sin tomar en cuenta el aspecto social para tener una evaluación integral de cada niño o niña

BIBLIOGRAFÍA

- ❖ Barragán, E. (2001). El niño y el adolescente con TDA, su mundo y soluciones. México. Altius editores
- ❖ Bronfman, A. (1996). La socialización en la escuela. Una perspectiva etnográfica. Barcelona. Paidós
- ❖ Delval, J. (1977). Investigaciones sobre lógica y Psicología. Madrid. Alianza
- ❖ Erikson, E. (1979). Sociedad y Adolescencia. México. Siglo veintiuno, editores
- ❖ Fitzgerald, H. (1992). Psicología del Desarrollo. El lactante y el preescolar. México. Manual moderno
- ❖ Gutiérrez, J. y otros (1999). El niño con trastornos de déficit de atención e hiperactividad. Revista Mexicana de Puericultura y Pediatría, Vol. 7, No. 37, Sept.-Oct.
- ❖ Hales, R. y otros (1998). Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona. Masson
- ❖ Harbl, P (1973). Estudios Básicos de Psicología Social. Madrid. Edit. Technos
- ❖ Hernández, L. (1999). Manual del Test Gestáltico Visomotor de Bender. Facultad de Psicología. México. Trillas.
- ❖ Hernández, R. et. al. (1999). Metodología de la Investigación. México. Mc. Graw Hill

- ❖ Jaimes, M. A. (1999). Visión actualizada del trastorno por déficit de atención en niños. Revista Mexicana de Pediatría, Vol. 66, No. 5, Sept.-Oct..
- ❖ Joselevich, E. (2003) . Qué es, Qué hacer. Recomendaciones para padres y docentes. Argentina. Piados
- ❖ Kauffman, A. (1982). Psicometría razonada con el WISC. México. Manual Moderno.
- ❖ Kerlinger, F. (1975). Investigación del comportamiento. México. Interamericana
- ❖ Kirby, E. (1992). Trastorno por Déficit de Atención. Estudio y Tratamiento. México. Limusa
- ❖ Koppitz, M. (1991). Evaluación psicológica de los dibujos de la figura humana. México. Manual Moderno.
- ❖ Lara, M., C. (2002) Trastorno por Déficit de Atención. Revista de Salud Mental, Vol. 25, No. 3, junio
- ❖ Newman, B. (2001). Desarrollo del niño. México. Limusa
- ❖ Organización Mundial de la Salud. (1977). Salud Mental y Desarrollo Psicosocial del niño. Ginebra
- ❖ Papalia, D. (1999). Desarrollo Humano. México. Mc. Graw Hill
- ❖ Piaget, J. (1980). Psicología del niño. Madrid. Novena Edición. Morata
- ❖ Renshaw, D (1977). El niño Hiperactivo. México. Ediciones científicas la prensa mexicana

- ❖ Rosas, M. (2002). Niños diferentes: como dominar el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). México. Norma
- ❖ Taylor, E. (1990). El niño hiperactivo. Barcelona. Martínez Roca.
- ❖ Vayer, P. (1989). El niño y el grupo. Dinámica de los grupos de niños en la clase. Argentina. Paidós
- ❖ Villar, I. (1999). Déficit de Atención con Hiperactividad. Manual para padres y Educadores. Madrid. Editorial Ciencias de la educación preescolar y especial.
- ❖ Wallin, J. et. al. (1992). El niño deficiente físico, mental y emocional. España. Paidós
- ❖ Wallon, H. (1977). La evolución psicológica del niño. Barcelona. Grijalbo.
- ❖ Wechsler, D. (1981). WISC-R-Español. Escala de Inteligencia revisada para el nivel escolar. México. Manual Moderno