



U **NIVERSIDAD**
I **NSURGENTES**

Plantel Xola

LICENCIATURA EN PSICOLOGIA CON
INCORPORACION A LA U.N.A.M. CLAVE 3315-25

"LOS AFECTOS Y EL VÍNCULO DE MADRES CON
HIJOS DIAGNOSTICADOS CON TDAH"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A

C. MARCELA LÓPEZ GONZÁLEZ

DIRECTOR: MTRA. MARÍA EUGENIA PATLÁN LÓPEZ.

MÉXICO, D.F.

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 Dios por su gran amor que se manifiesta a través de la oportunidad que me da de vivir y poder elegir de qué forma hacerlo.

A Laura Elena, Ricardo y Gerardo, mis tres queridos hijos, muchas gracias por su tiempo, su apoyo y comprensión, también porque cada uno de ustedes me ha enseñado los caminos que hay que seguir para encontrar la forma de entenderlos. Los Amo.

A mis hermanos Alejandro, Guillermo y Octavio por todos los momentos importantes que me han acompañado en mi vida, muchas gracias.

A Gustavo por estar conmigo gran parte de mi vida, por todo su amor y gran apoyo para desarrollarme en mi vida profesional. Te Amo.

A mis papás Guillermo y Lydia porque al darme lo más importante que es la vida, he llegado hasta hoy con los recursos necesarios para culminar una etapa importante en mi vida profesional. Gracias por su apoyo incondicional que siempre me han brindado. Los Amo.

A mis hermanas por el apoyo y el estímulo que me han brindado siempre: a Rosalydia por su transparencia de vivir, su optimismo y cariño; a Claudia por ser una hermana generosa con la que siempre he contado; a Mónica mi gran cuata que siempre me ha enseñado su ejemplo de honestidad, franqueza y espontaneidad.

A mi hermano Rafael por todos los momentos que hemos compartido juntos en los cuales encontramos puntos de coincidencia y entendimiento, por las experiencias de antaño.

A mis tíos, primos, sobrinos y demás familiares por que siempre me han brindado su apoyo y amor, por ser unos grandes padrinos, gracias.

A mi familia política, muchas gracias por todos los momentos en los que he encontrado en ustedes un gran apoyo y ayuda; Many y Eduardo, Pepe, Alfonso y Flor, Fernando y Laura, Menis y Carlos, Ivone y Paco, Ponchito, Fer y Ana Luisa.

A Isabel por sus estímulos y alientos de no claudicar en el tema de esta tesis, debido a la dificultad para conseguir la muestra de mi población.

A mi hermano el más pequeño Eduardo, por ser un gran camarada, mi gran abogado de cabecera, que a pesar de la diferencia de edades hemos logrado acortarla a través de la solidaridad, el cariño y la amistad, muchas gracias.

No quiero dejar de mencionar a cada unos (as) de mis tíos (as) y demás familiares, porque he recibido de ustedes apoyo, comprensión, cariño y estímulo para el logro de esta tesis.
Muchas gracias.

A mi maestra Sara, a Lucy y la Dra. Flores por haber confiado en mí para proporcionarme una de las partes medulares de esta investigación, como es la población de mi muestra, les estoy muy agradecida.

A Maru por su tiempo, paciencia y dedicación en el asesoramiento de esta tesis, realmente le agradezco por todas sus enseñanzas y por arropar mi trabajo.

A Eduardo por tu y optimismo que siempre me mostraste.

En especial a la Dra. Patricia Bravo, por estar conmigo siete años de recorrido terapéutico, en donde me ha acompañado, escuchado, entendido y contenido para redescubrir y cimentar parte de mi vida psicológica y emocional, muchas gracias.

A Rebeca por ser una gran maestra, por su gran apoyo, tiempo, enseñanzas y sugerencias que enriquecieron este trabajo de investigación.

A la U.I. así como a cada uno de los profesores que contribuyeron en mi formación académica de esta apasionante carrera que es la Psicología, muchas gracias.

A todos mis amigos (as), colegas muchas gracias por su aliento y apoyo.

RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	
I. MARCO TEÒRICO	1
1. TRASTORNO DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD	
1.1. Definición	2
1.2. Antecedentes	5
1.3. Prevalencia	7
1.4. Epigénesis	10
1.4.1. Factor Hereditario	11
1.4.2. Factor Neuroanatómico	12
1.4.3. Factor Neurofisiológico	12
1.4.4. Factores Evolutivos	13
1.4.5. Factores ambientales	15
1.4.5.1. Factor Familia	15
1.4.5.2. Factor Escolar	16
1.5.4.3. Factor Social	19
1.5. Sintomatología de acuerdo a los criterios DSM-IV	21
1.5.1. Síntomas y trastornos asociados.	22
1.5.2. Síntomas dependiendo de la cultura, la edad y el sexo	23
1.6. Diagnóstico	24
1.6.1. Criterios de acuerdo al DSMIV	25
1.6.2. Diagnóstico Diferencial	28
1.6.3. Diagnóstico Psicopedagógico	32
1.6.4. Diagnóstico Psicodinámico	39
1.7. Tratamiento	41
1.7.1. Farmacológico	43
1.7.2. Psicológico.	45
1.7.3. Orientación y Entrenamiento para Padres	48
1.7.4. Psicodinámico	52
2. AFECTOS	57
2.1. Definición	58
a) Emoción	61
b) Sentimientos	65
c) Pasión	66
2.2. Visión de los Afectos	68
2.2.1. Psicológico	68
2.2.2. Fisiológico	69
2.2.3. Psicodinámico	71
2.3. Evolución de los Afectos	78
2.3.1. Evolución de los afectos desde un punto de vista Epigenético	80
2.4. Alteración de los afectos	85

3. LA MADRE CON HIJO CON TDAH SU VINCULACIÓN AFECTIVA.	
3.1. Concepto de vinculación afectiva	92
3.2. Teoría de Apego	93
3.2.1. Ontogénesis del vínculo afectivo	96
3.2.2. Rasgos específicos del apego	98
3.3. Fase de la formación del vínculo	100
3.4. Tipos de vínculo	106
3.5. Vínculo madre-hijo	114
3.5.1. El hijo en edad escolar	117
3.6. La madre de hijo con TDAH	122
4. ESTUDIOS PREVIOS	134
4.1. Investigaciones en relación a las madres con hijos Diagnosticados con TDAH	135
II. METODOLOGÍA	142
1. Planteamiento del problema	143
2. Objetivos	143
3. Hipótesis	143
4. Tipos de variables	144
4.1. Definición de variables.	144
4.1.1. Variables conceptuales	144
4.1.2. Variables operacionales	147
5. Muestra	148
6. Diseño de Investigación	148
7. Tipo de estudio	149
8. Escenario	149
9. Instrumentos	149
9.1. Instrumento 1	149
9.2. Instrumento 2	153
10. Procedimiento	153
11. Tratamiento estadístico	155
III. RESULTADOS	158
IV. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.	185
V. CONCLUSIONES.	204
BIBLIOGRAFÍA	209
ANEXOS	
Anexo 1 Cuestionario de Afectos.	215
Anexo 2 Cuestionario Exploratorio.	218

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la salud emocional es igual o más importante que la salud física, ya que al gozar de ella se contribuye a favorecer el bienestar físico y social, lo que permite que el individuo tenga una buena adaptación a su vida y logre mejores relaciones interpersonales.

Hoy en día uno de los problemas de la salud pública más comunes y que afecta a más de un millón y medio de niños en México, es el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, el cual se define como un conjunto de signos y síntomas en los que se detecta una gran disminución en la atención, la dificultad para controlar los impulsos, así como el que se pueda combinar una constante inquietud y/o movilidad corporal, incluso hay quienes dicen que es un padecimiento silencioso que de no llegar a atenderse con medicamento y terapias psicológicas, puede afectar en los niños su desarrollo social y académico, de tal forma que al llegar a la juventud o a la adultez, el resultado sería personas con patrones de conducta inestable, que llegan a alterar la forma de vivir, no terminar la preparatoria y mucho menos una carrera, consumir drogas o tener accidentes automovilísticos, entre otros. Así mismo se menciona que el TDAH se identifica como un trastorno genético aunado al hecho de que algún familiar padece estrés, depresión o tabaquismo. (Méndez 2004).

Cuando se busca el origen de los trastornos se necesita del conocimiento de los factores que pueden influir para que se gesten, así mismo es importante cuestionarse cómo se desarrollan, si en forma aislada o si interactúan en forma conjunta y además, cuáles son los factores que predisponen y/o contribuyen a que se desencadene.

Gratch (2001) ubica al TDAH como un trastorno que tiene una base neurológica y que su grado de afectación en cada individuo dependerá del equilibrio psíquico, de las capacidades yoicas, y el contexto familiar en el que crecen y llegan a desenvolverse, así como el que permitan o no una mayor predisposición de las consecuencias desfavorables derivados de este trastorno.

Este trastorno se inicia desde la niñez y llega a repercutir en las diversas áreas de la vida como sería la personal, la familiar, la escolar y la social, al grado de provocar un desequilibrio entre cada una de ellas, lo que propicia que se complejice su tratamiento.

Uno de los aspectos básicos que tienen en común las áreas mencionadas, es el tipo de relación que el niño establece con los demás, y si se parte de que la primera relación que establece, es la madre y ésta es tan significativa como para sentarles las bases del aprendizaje en el establecimiento de un vínculo afectivo, entonces, es de vital importancia conocer como se ha desarrollado dicho vínculo y su manejo afectivo.

La madre al ser la figura principal en la vida del hijo, por lo regular le provee los recursos necesarios para que desarrolle un aprendizaje en la modulación de sus afectos, sus actitudes, y conductas así como la adaptación a su mundo interno y externo.

Por lo que la madre necesita sensibilizarse para estar en sintonía afectiva con el hijo, y para ello requerirá darse cuenta de lo que sucede en su interior y como éste influye en su modo de reaccionar ante las experiencias de la vida y la relación que establece con él.

Al cuestionarse qué tanta importancia tienen los afectos en la vida del sujeto, pareciera que la forma en como sean manejados, influye en la manera de vivir y reaccionar ante los hechos de la vida.

Estudiar los afectos es de vital importancia, ya que a través de ellos es como el individuo expresa y filtra las distintas experiencias que tiene, tanto en su mundo interno como externo; en el primero, desde un plano subjetivo afectará en su forma de percibir el segundo, y a la inversa el segundo influirá en el primero, lo que a su vez influirá en su forma de actuar, ya sea en un plano consciente o cuando no se procesa en el pensamiento, será expresado de forma inconsciente, a través de un síntoma o una conducta. Cuando el sujeto logra conectarse con él mismo, lo hace también con su mundo interno, al hacerlo, aprecia lo agradable o desagradable en donde llega a ubicar los distintos matices de lo que percibe y siente, pero todo eso no se queda ahí, ya que al expresarlo al mundo externo a través de su lenguaje verbal o no verbal, da cuenta de eso que se denomina afecto.

Si se habla de que en la vida del sujeto en crecimiento enfrenta una afección como es el TDAH, entonces se requiere de un tratamiento integral que promueva un desarrollo en donde se logre funcionar de forma más adaptativa. Y para ello es indispensable saber cómo se han desarrollado los factores que intervienen en dicho trastorno, como serían el personal, el familiar y el social.

Por tal motivo esta investigación se propone adentrarse en uno de dichos factores, como sería el familiar, específicamente el vínculo madre e hijo. Por lo que la presente investigación tiene como objetivo explorar si existen diferencias en los afectos que expresan las madres con hijos diagnosticados con TDAH y

madres con hijos sin el trastorno y sus consecuencias en la relación vincular, de tal forma que lo que se plantea encontrar es: Dentro de los tipos de afectos, como serían los que decrementan al yo, los que conservan al yo, los que incrementan al yo y los relacionados con los objetos, ¿Existen diferencias en los afectos por áreas entre las madres con hijos con TDAH y las madres con hijos sin el trastorno, cuáles son las consecuencias en la relación vincular?

La presente investigación está integrada por cinco capítulos; El primero se encuentra conformado por el marco teórico, y contiene una descripción detallada de las características, diagnóstico y tratamiento del TDAH; también se describe qué son los Afectos y la importancia en su manejo; así mismo se describe “La madre con el hijo con TDAH. Su vinculación Afectiva”; así como los estudios previos de madres con hijos con TDAH; el segundo capítulo contiene la metodología de esta investigación; el tercero se encuentra conformado por los Resultados que se obtuvieron de la investigación; el cuarto contiene la Discusión de Resultados y en el quinto capítulo se incluyen las Conclusiones de esta investigación.

RESUMEN

Esta investigación pretendió explorar si existen diferencias en los afectos que expresan las madres con hijos diagnosticados con TDAH y madres con hijos sin el trastorno y sus consecuencias en la relación vincular.

Se tomaron 2 grupos por medio de muestreo por cuotas. Para un grupo se seleccionó 30 mujeres con hijos de sexo masculino de 6 a 12 años de edad con TDAH y en el otro grupo 30 mujeres con hijos de igual edad pero sin el trastorno. Se utilizaron 2 instrumentos de medición: Un cuestionario de Afectos y un cuestionario exploratorio para el análisis de resultados. Se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para grupos independientes, así como el análisis de frecuencias. Se comprobó que existen diferencias significativas en la expresión de afectos por áreas, siendo el área de los afectos que decrementan al yo en donde si existe una diferencia significativamente mayor en las madres con hijos con TDAH en relación a las madres con hijos sin el trastorno. Asimismo, en el área relacionada con los afectos hacia sus objetos, si existe diferencia significativa, siendo mayor el porcentaje en las madres con hijos sin el trastorno. Se concluye que ante este funcionamiento afectivo, las consecuencias en la relación vincular entre la madre y el hijo con TDAH, es la dificultad que tiene la madre para sintonizarse afectivamente con su hijo con predominio de afectos de tristeza, de miedo y de enojo. La madre con un funcionamiento Yóico que lo decrementa, limita a su hijo a entender lo que le sucede en su mundo interno con sus propios afectos, su mundo externo se vuelve más complejo promoviendo que se agudice la sintomatología del trastorno, de ahí que si no hay un tratamiento terapéutico complementario en el hijo, en la madre y en la familia, pareciera que el futuro sería poco alentador.

I. MARCO

TEÓRICO

1. TRASTORNO

DE ATENCIÓN

CON

HIPERACTIVIDAD

TRASTORNO DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

1.1. Definición

Serrano, Valencia y Cano (2002) definen al Trastorno de Atención con Hiperactividad (TDAH) como un problema vinculado al comportamiento, que caracteriza a los niños como impulsivos, muy activos o inquietos y con muy poca o nula capacidad para mantener la atención, a lo que se conoce también como niños con atención dispersa, su inteligencia en la mayoría de los casos es normal o superior al promedio, en ocasiones se altera su aprendizaje, sin que necesariamente este sea un trastorno del mismo. Se ve con mayor frecuencia en los niños que en las niñas y les afecta principalmente en la edad preescolar. En algunas ocasiones puede confundirse con la actitud que manifiesta el niño “para llamar la atención de sus padres”, sin embargo ésta es temporal y generalmente se asocia a un cambio en la dinámica familiar.

Por otro lado Barlow y Durand (2002) comentan que las características básicas del diagnóstico del TDAH comprenden: un patrón de falta de atención, como es el no prestar atención a tareas relacionadas con la escuela; de hiperactividad, donde incluye la inquietud y el que esté en constante movimiento; impulsividad que comprende el no esperar su turno, o de actuar antes de pensarlo. Entre los problemas que parecen secundarios a los ya mencionados, se encuentran: el rendimiento académico, en especial conforme el niño avanza en la escuela, también en establecer o mantener amistades. Por otro lado, los problemas con compañeros en combinación con la retroalimentación negativa constante de parte de los padres o maestros a

menudo dan por resultado una baja autoestima entre estos niños.

Solloa (2002) en cambio, menciona que la definición de este síndrome es una cuestión complicada, debido a que éste depende de las manifestaciones clínicas que se consideran como síntomas del cuadro y de los conocimientos adquiridos respecto a la respuesta al tratamiento. Por otro lado el desconcierto se refleja por el hecho de que este síndrome que hoy se conoce como TDAH, se le han asignado más de 80 definiciones. Dentro de éstas se encuentra la dada por Barkley 1986 (en Solloa, 2002): “Hiperactividad es un trastorno en el desarrollo de atención, control de impulsos y la conducta gobernada por reglas (obediencia, autocontrol y solución de problemas), que surge en el desarrollo temprano, que es significativamente crónico y afecta todas las áreas de funcionamiento, no se atribuye a retardo mental, sordera, ceguera, impedimentos neurológicos gruesos o de desórdenes emocionales severos”.

Además, muchos otros autores, entre los que se encuentran Scheifer, 1975; Campbell 1977; Taylor 1978; Schachar 1981; Goud 1984 (en Solloa 2002) están de acuerdo, en que el TDAH es un trastorno muy heterogéneo para tener validez, por ello han propuesto los siguientes subtipos: trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad y trastorno por déficit de atención situacional y generalizado. También se han encontrado diferencias en las características del trastorno en niños y en niñas.

De acuerdo al DSM IV (Asociación Psiquiátrica Americana, Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales, 1995), se menciona que hay subtipos en el TDAH, aunque la mayor parte de los individuos tienen síntomas tanto de desatención como de hiperactividad- impulsividad, en algunos predomina uno u otro de estos patrones, o se llegan a dar en forma combinada, de acuerdo con

ciertos criterios, dichos subtipos son: El trastorno con déficit de atención con hiperactividad combinado; el trastorno con déficit de atención con hiperactividad con predominio en la desatención y el trastorno con déficit de atención con hiperactividad con predominio hiperactivo-impulsivo.

Por lo tanto si se define al TDAH como un síndrome caracterizado por problemas en la atención, dificultad para controlar los impulsos e hiperactividad, y que además su diagnóstico es complejo debido a la multiplicidad de sus signos y síntomas, los cuales llegan a compartirse con otros trastornos como el de aprendizaje, del estado de ánimo, la conducta, etc. aunado a ello, éstos se llegan a darse en forma secundaria y combinada con el propio trastorno en cuestión. Ya sea que predomine la desatención, o la hiperactividad, o ambos, hay una afección que repercute en las diversas áreas de la vida como son la personal, la familiar, la escolar o la social, al grado de provocar un desequilibrio en ellas para su interrelación; además, cabe aclarar que incide en uno de los sectores de la población más vulnerables, como es el caso de los niños, debido a que se encuentran en una creciente formación y desarrollo personal, por lo que es importante el manejo que se le de a dicho trastorno para que pueda encaminarse su tratamiento en forma óptima, y se propicie un buen pronóstico; de lo contrario, se genera un efecto “bola nieve”, donde las consecuencias son poco alentadoras.

1.2. Antecedentes.

El TDAH fue descrito por primera vez en 1854 por Heinrich Hoffmann, y desde ese entonces, muchos autores han estudiado este síndrome, Solloa (2002) ofrece una referencia de ellos:

En 1902, Still denomina “un defecto de control moral”, a un grupo de niños con dificultades académicas, sin tener impedimento de intelecto ni trastorno físico. En 1929 el mismo autor, observa a un grupo de niños que después de una epidemia de encefalitis letárgica, se recuperan pero presentan conducta hiperactiva a la que él define como “impulsividad orgánica”.

Para Strauss y Lethinen en 1947 denominan síndrome de daño cerebral a la conducta hiperactiva, por ser el resultado de un daño cerebral manifiesto o supuesto.

Por otro lado Brandley, en 1950 emplea anfetaminas en un subgrupo de pacientes que tenía hiperquinesia, así como distractibilidad.

En 1957 Laufer y Denhoff, hacen una descripción sistemática del síndrome hiperquinético y establecen la existencia de un componente fisiológico. Explicaron que el síndrome era consecuencia de un defecto en el funcionamiento de un conjunto de estructuras subcorticales que incluían el tálamo, el hipotálamo, el subtálamo y el epitálamo, concluyendo que el problema no se debía a un daño cerebral sino más bien a una disfunción.

Para 1966 Clements cambió el término de daño cerebral por el de disfunción cerebral, ya que no era posible localizar un daño, y así se adoptó el término de disfunción cerebral mínima; el cual fue descrito en una monografía del Instituto Nacional de Padecimientos Neurológicos, con 10 características citadas en orden de mayor a menor frecuencia: hiperactividad, dificultades

perceptomotoras; labilidad emocional; déficit en la coordinación general; desórdenes de atención (lapsos de atención cortos, distractibilidad y perseverancia); impulsividad; desórdenes de la memoria y el pensamiento; problemas de aprendizaje en: lectura, aritmética, escritura u ortografía; dificultades del habla y audición; signos neurológicos equívocos e irregulares neurológicas.

Al respecto, la autora Solloa resalta que en dicha descripción todavía no se distinguía entre los niños con problemas de aprendizaje y los que padecían lo que hoy se conoce como Trastorno por Déficit de Atención, con Hiperactividad (TDAH). De esa forma a muchos de los niños que tenían problemas académicos se les diagnosticaba Disfunción Cerebral Mínima.

En 1968 en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSMIII, se designa por primera vez la “reacción hiperquinética de la niñez” como un desorden caracterizado por sobreactividad, inquietud, distractibilidad y lapsos de atención cortos, especialmente en niños pequeños, por otro lado se planteaba que los síntomas generalmente desaparecían en la adolescencia.

En los años setenta, la investigación sobre este trastorno arrojó datos que sugerían la necesidad de considerar la inatención y la impulsividad como los problemas más profundos y crónicos del trastorno. Con este planteamiento surgió en 1980 el DSM III, en el que se describió el Trastorno por Déficit de Atención, Hiperactividad (TDAH), pero esta vez, como un problema relacionando con la atención y la impulsividad, en donde los síntomas de hiperactividad podían o no estar presentes.

Con Abikoff y Gittleman, en 1985 se sabe que el 50% de los pacientes con TDAH desarrollaban trastornos de conducta en la adolescencia y, de éstas dos

terceras partes presentaban abuso de alcohol o drogas.

Para 1987 en el DSM III-R, vuelve a considerar el trastorno en forma unidimensional, los síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad se podían presentar en diferentes grados.

Se agrupó el TDAH, junto con los trastornos de la conducta perturbadora y el diagnóstico se hacía con base en 14 descripciones conductuales, sin que necesariamente éstas tuvieran que reflejar dificultades con la atención, impulsividad e hiperactividad. De hecho, la distinción entre los trastornos de conducta y el TDAH, ha sido un aspecto de diagnóstico diferencial que ha causado mucha polémica.

Lo más reciente por parte de la Organización Mundial de la Salud, en su manual diagnóstico CIE 10, (en Solloa, 2002) postuló que la hiperquinesia y la inatención son síntomas centrales del trastorno. Dicho planteamiento es muy parecido al del DSMIV en el que también se considera el TDAH como bidimensional.

1.3 Prevalencia

De acuerdo al DSMIV la prevalencia que sugiere es de entre 3 y 7 % de los niños en edad escolar, su frecuencia llega a ser variable debido al método utilizado en la evaluación así como el tipo de población. (Asociación Psiquiátrica Americana, op. Cit. 1995).

A continuación se cita a Solloa (2002) por sus referencias en las que señala los factores que complejizan la realización de una investigación llevada a cabo en México sobre el TDAH:

- Se calcula que entre 3 y 10% de los niños en edad escolar, desarrollan el trastorno, generalmente acompañado de problemas de aprendizaje.
- En 1993, Portal y Solloa, reportan el 21.7% de prevalencia del TDAH, que resultó de una investigación a una zona rural del estado de México, en niños de 2º a 4º grados de primaria y la incidencia fue mayor en los varones en una proporción de tres varones por cada niña. Sin embargo al compararlos de acuerdo con el DSMIV, la prevalencia del trastorno es de 3% presentándose con mayor frecuencia en los varones en una proporción de nueve varones por seis mujeres.
- Szatmari y colaboradores en 1988 al analizar diversos estudios sobre la prevalencia del TDAH, los cuales variaban de 1 a 14.3%, ante dicha situaciones, se percataron de que esto se da debido a diversos factores; uno es que no todos los estudios se basan con los mismos síntomas para definir el trastorno; como por ejemplo, hay quienes consideran los lapsos de atención cortos y la hiperactividad como características esenciales, sin embargo hay otros que consideran la baja tolerancia a la frustración, la irritabilidad, los berrinches y las dificultades en las relaciones sociales como síntomas principales. Por otro lado Los criterios para hacer el diagnóstico no se han manejado de la misma forma, en unos son más rígidos y en otros es más flexible, lo que conlleva a diferentes tipos de patologías. Otro factor que afecta es que al obtener información requerida, se usan métodos y fuentes diferentes, se ha recibido la información de los padres y de

los maestros. Otro aspecto que influye son las características de las muestras, las cuales llegan a variar, por ejemplo si es rural, o urbana.

Ante lo anterior, los autores realizaron otro estudio de prevalencia en Ontario Canadá, con niños de 4 a 16 años, encontrando los siguientes resultados:

- Los hombres presentan con más frecuencia el TDAH, siendo tres veces más que las mujeres.
- Se observa con mayor frecuencia en el área urbana 7% que en la zona rural 4.6%.
- Es más frecuente en los niños de 6 a 9 años (8%), en cambio en los de 4 a 5 años se presenta en 5.8% y en el caso de los de 14 a 15 años se presenta en 4.3%.
- De los niños sólo 15.5 % presentaron TDAH generalizado, reflejando que padres y maestros por lo regular están en desacuerdo en cuanto a la presencia y grado de la conducta problema.
- De los niños con trastorno, 86.9 % también presentaron hiperactividad, y de las niñas, 65.3 %. Los autores reportan que es poco usual encontrar el TDAH sin hiperactividad, menos en niños de 12 a 16 años.
- El 40 % de los niños presentó también trastornos de conducta y 33% de ellos presentó trastornos emocionales. En 25% de los jóvenes del grupo de 12 a 16 años que presentaban TDAH se encontraron problemas de somatización.

1.4. Epigénesis

Taylor (1991) aclara que en la conducta hiperactiva existe diversidad de causas, por lo que hay varios factores que pudieran determinar el curso de su desarrollo, como es el caso de la lesión cerebral, la disfunción neurológica, la herencia genética, la diferencias de sexo e influencias psicológicas y sociales.

Gratch (2001) menciona que han sido muchas las teorías que a lo largo de los años han intentado darle una explicación causal al Trastorno por Déficit de atención (TDAH), sin embargo hasta ahora no se ha podido demostrar de forma científica las hipótesis de dichas teorías. Cabe resaltar sin embargo que en la actualidad, la teoría que da una explicación a las causas de este trastorno, es la dificultad en la neurotransmisión de la corteza prefrontal. Es importante mencionar que esta zona desempeña un papel preponderante en la planificación y regulación de la conducta y en el planeo y la anticipación de futuros eventos.

Por otro lado, el autor a través de su descripción detallada fundamenta al TDAH como una entidad clínica, además de que refiere que de acuerdo a su sintomatología presentada, se ha clasificado en base al conjunto de sus signos y síntomas, y por lo tanto se habla de un síndrome. Además, ubica al TDAH como un trastorno que tiene una base neurológica y que su grado de afectación en cada individuo dependerá del equilibrio psíquico, de las capacidades yojicas, y el contexto familiar en el que crecen y llegan a desenvolverse, así como el que permitan o no una mayor predisposición de las consecuencias desfavorables derivados de este trastorno.

Cuando se busca el origen de los trastornos se necesita del conocimiento

de los factores que influyen para que se geste, así mismo es importante cuestionarse cómo se desarrollan, si en forma aislada o si interactúan en forma conjunta y además, cuáles son los factores que predisponen y/o contribuyen a que se desencadenen e incluso, cuáles son los que podrían provocar que se complique y se desarrollen otros trastornos. Por tal motivo, a continuación se describen cada uno de los factores involucrados en el desarrollo del trastorno:

1.4.1. Factor Hereditario

En el TDAH pudieran estar implicados aspectos hereditarios del Sistema Nervioso, dándose una maduración lenta, además de una organización distinta en su funcionamiento (Kaplan 1992)

Orjales (1999) comenta que en una investigación realizada a niños hiperactivos se observó que entre el 20 y 30% de los padres de hijos con hiperactividad manifestaron conductas parecidas durante la infancia; así también que existe una mayor incidencia de hiperactividad en hermanos con dicho padecimiento, que entre hermanos de niños que no la tienen; y es más probable que se de más en los gemelos idénticos que en los gemelos cuates.

En los antecedentes familiares del niño con déficit de atención con hiperactividad, se detecta que el padre presentó los mismos síntomas cuando era niño; además, el hecho de que el trastorno se observe con mayor frecuencia en hombres, se ha determinado que se investigue los antecedentes hereditarios y familiares del padre y la madre con la finalidad de detectar las patologías familiares ligadas al trastorno (Solloa 2002). De esta forma se ha encontrado que hay una mayor prevalencia, de histeria, de sociopatía y alcoholismo en los padres y madres de estos niños.

De ahí que se puede observar que existe un grado de influencia considerable para que se tome en cuenta el factor hereditario, en el diagnóstico y tratamiento de este trastorno.

1.4.2. Factores Neuroanatómicos

Biaggi (1996), menciona que hay diversas teorías que tratan de explicar las causas del TDAH, una de estas teorías ubican a las áreas del cerebro encargadas de la atención como es el área posterior y la anterior o frontal, las cuales hacen uso de las catecolaminas, éstas son sustancias básicas en la transmisión de mensajes, cuando no se da el proceso en forma equilibrada puede ocasionar alguna alteración.

Solloa (2002) sugiere que el TDAH podría ser una reacción inespecífica de alguna lesión cerebral ante cualquier agente nocivo, como es el caso de infecciones o algún traumatismo craneoencefálico.

Así mismo, refiere que de acuerdo a investigaciones, han ubicado al lóbulo frontal anterior y medial asociarse a las funciones alteradas de éste trastorno.

1.4.3. Factores Neurofisiológicos

Los factores neuroanatómicos se encuentran entrelazados con los factores neurofisiológicos, esto se justifica con lo que refiere Biaggi (1996) en cuanto al TDAH, que se ha confirmado cuando se presentan los estímulos externos, que a través de ellos debería haber una activación de las áreas cerebrales de la atención, ya que es precisamente una de sus funciones, el cambiar estímulos no significativos a significativos, o también la que ejecuta, que es mediante el uso de neurotransmisores, como la dopamina, noradrenalina, norepinefrina y

serotonina, los cuales al no poder regularse de una manera óptima, propician que haya un desequilibrio, cabe subrayar que se ha visto en el caso de este trastorno.

Un porcentaje, del 35 a 50% de los niños diagnosticados con TDAH presentan electroencefalogramas anormales, lo que da como resultado patrones inmaduros en su funcionamiento y en consecuencia la existencia de un retraso en la maduración del sistema nervioso central (Solloa 2002).

Así mismo los estudios de los neurotransmisores, se ha visto que la efectividad terapéutica de los estimulantes es prueba indirecta de que un factor etiológico asociado a este trastorno es un funcionamiento inadecuado de las catecolaminas, ya que los estimulantes parecen tener un efecto muy específico, además de actuar como tranquilizantes, también hay un aumento en los lapsos de atención, disminuyendo la agresión y mejorando la conducta en general, por tal motivo se aceptó el llamado efecto paradójico de los estimulantes sobre la conducta del niño hiperactivo.

1.4.4. Factores evolutivos

Taylor (1991) no descarta que los daños cerebrales se derivan de rasgos de personalidad hiperactivas en individuos, además que se ha observado que la conducta hiperactiva llega a ser precipitada por enfermedades postnatales cerebrales, o como resultado de niños que hayan padecido encefalitis. Otro mecanismo que puede desencadenar conductas hiperactivas es el que los niños sufran complicaciones prenatales asociadas con el tabaquismo de la madre durante el embarazo, en donde se llega a producir hipoxia fetal y daño cerebral.

Así mismo, que solo los riesgos perinatales muy graves desencadenan en lesión cerebral, y que los niños que llegan a padecer una lesión accidental en la cabeza durante su infancia, tienen un peso de importancia para que se tomen en cuenta en el origen de este trastorno.

Fundación Adana, (2002) menciona que entre los factores asociados a la susceptibilidad al TDAH se encuentran el riesgo perinatal por consumir el tabaco, alcohol, y drogas durante el embarazo. Por otro lado, las complicaciones que se presentan en el momento del parto pueden generar lesiones cerebrales, especialmente en las zonas prefrontales. Otro aspecto influyente podrían ser las exposiciones a altos niveles de plomo en la infancia temprana. Además sólo se pueden explicar en un 20%-30% los casos de niños con TDAH.

Por otro lado, Kaplan (2002) sugiere que factores que pudieran predisponer o ser susceptibles a la aparición de síntomas del TDAH se encuentra en el periodo prenatal del primer trimestre, en donde se llega a tener exposiciones a infecciones comunes de la época de invierno, así como a tóxicos. Así mismo se ha sugerido que algunos niños durante la fase fetal y perinatal, hayan sufrido lesión cerebral mínima, aunque no siempre han sido detectados en el Sistema Nervioso Central. Además la lesión cerebral podría deberse también a efectos secundarios: circulatorios, tóxicos, metabólicos, mecánicos o de otro tipo. Asimismo se puede deber al estrés y a lesiones físicas cerebrales producidas durante la primera infancia, que son provocadas por infecciones, inflamación o trauma, de tal manera que pudieran manifestar signos neurológicos leves.

1.4.5. Factores ambientales.

Es importante sugerir que estos factores se presentan de forma interrelacionada, como es el caso del familiar con el escolar, y al mismo tiempo en el social. Orjales (1999) comenta que la influencia ambiental es un factor determinante para que se desencadene este trastorno, dentro de este factor se encuentra el:

1.4.5.1. Factor Familiar

Las conductas de los padres y los patrones educacionales llegan a ser factores que repercuten en el curso de la sintomatología, ya que se han observado casos en donde la personalidad de la madre de estos niños se caracteriza en establecer relaciones impulsivas, por lo que estimulan para que se lleguen a mantener las conductas hiperactivas. Esta actitud materna, contribuye a que el niño encuentre formas de identificación confusas y contradictorias lo que propicia en él un comportamiento caótico. Además se hace evidente en este ambiente familiar la carencia de hábitos útiles que pudieran obstaculizar una disciplina adecuada para una mejor adaptación.

De acuerdo a los estudios realizados por Fundación Andana (2002) se ha relacionado el TDAH con ambientes familiares desorganizados o que en los padres se llega a presentar la sintomatología de dicho trastorno. Además se comenta la probabilidad de que este tipo de familias pudieran ser generadoras de ambientes en donde se favorezca la aparición de trastornos mentales en general.

En el Consultor de Psicología Infantil y Juvenil (1998) se hace referencia de la dinámica que se desarrolla en familias donde prevalece la enfermedad,

dándose una serie de reacciones particulares en cada uno de sus miembros. Dentro de los comportamientos manifiestos se encuentran: la excesiva sobreprotección de los padres, así como conductas de negación, el aislamiento de algún miembro o también los celos por el mayor cuidado que se le da al enfermo.

En éste apartado se menciona que las conductas no sólo repercuten sobre el enfermo, sino sobre cada uno de los que componen el núcleo familiar, un ejemplo de ellos es, que el padre inconscientemente celoso de los cuidados que le proporciona la madre al hijo enfermo lo que provoca que éste tenga discusiones y riñas con ella, y que a su vez genera tensiones sobre los demás miembros de la familia, y del propio niño afectado, y así también que toda la familia se altere. La forma en que se pudiera superar dichas situación dependería de otros factores, como sería: la duración, la intensidad, gravedad, buena relación interfamiliar, etc.

Por otro lado se menciona que el niño afectado por el trastorno despierta en cada integrante: recuerdos conscientes o inconscientes de situaciones anteriores, cargándose así, esta nueva situación familiar de fantasías con contenidos de angustia de forma latente donde pudiera revivir eventos no resueltos.

1.4.5.2. Factor Escolar

Barkley, 1989 (en Barlow y Durand, 2001), menciona que las dimensiones psicológicas y sociales del TDAH influyen para que se gesten mayores conflictos, independientemente del trastorno en sí mismo, ya que se ha observado que las respuestas negativas de padres, maestros y compañeros a

la impulsividad e hiperactividad de los niños afectados quizá contribuyan a la sensación de baja autoestima.

Taylor (1991) sugiere la posibilidad de que la hiperactividad sea un comportamiento aprendido que llega a proporcionar ventajas en un entorno donde hay una privación emocional, y que esto se llega a generalizar en situaciones de grupos similares como es el caso de la escuela.

Gratch (2001) refiere que los niños con TDAH llegan a ser comúnmente más inmaduros que su grupo par, algunos llegan a manifestar temor a la oscuridad y se sienten muy inseguros y dependientes de sus madres. Por otro lado llegan a experimentar una angustia intensa de separación y en consecuencia, cuando los llevan a la escuela sus reacciones son de angustia así como de pánico ante la posibilidad de que sus madres no regresen. Además el revivir constantes reproches que recibieran, así como percibir que sus padres están hartos de ellos, incrementar aún más dichas fantasías.

Por otro lado, éste autor comenta que el niño en edad preescolar llega a manifestar síntomas presumibles al trastorno, como el no seguir las indicaciones de sus maestras, el no quedarse quieto e incluso, muestra una dificultad para integrarse en trabajos grupales. Otro aspecto es el de ser agresivo con sus compañeros cuando no juegan con él, o cuando le negaron prestarle algún juguete, todo ello relacionado con una incapacidad para tolerar frustraciones. En el caso de la edad escolar, se logra evidenciar claramente el trastorno y más en el caso del déficit de atención con predominio en la hiperactividad, en donde la mala conducta del niño en el transcurso del horario de clases contribuye a que se perturbe el funcionamiento "normal" del grupo, y esto suele ser lo que lleve al maestro a citar a sus padres ante las autoridades

escolares, en donde se llegan a condicionar al hijo para continuar dentro de dicha escuela.

Ante las experiencias descritas llega un momento en que los padres confirman lo que han vivido dentro del ámbito familiar, y temen que los efectos sean el inicio de trastornos que tengan que llevar a cuenta por un largo tiempo, además, de mayores consecuencias, como es el caso de la marginación que tendría su hijo con los de su grupo par, en donde se verían excluidos de toda interacción social. Ante dichas experiencias frustrantes los papás llegan a experimentar un daño narcisista.

Además, comenta que hay ocasiones en que los maestros cuando desconocen el cuadro clínico del TDAH perciben que las dificultades de estos niños son provocadas por su inmadurez, por lo que llegan a sugerir que repitan año. Esto pudiera repercutir en la trayectoria del trastorno, ya que se maneja de una forma que se agudiza el problema, debido a una falta de tratamiento adecuado y en consecuencia transcurre el tiempo sin poder darle cauce a un mejor pronóstico.

Aunque pareciera ser éste un factor secundario al familiar, valdría la pena hacer notar, que los niños que aún no han sido diagnosticados TDAH, y llegan a estar dentro de una escuela, (preescolar o primeros años de primaria) en la cual existen patrones de comportamientos establecidos dentro de normas, cuando éstos no se cumplen se empieza a etiquetar al niño como “niño problema”, sintiéndose por lo tanto diferente al “niño normal”, y de esta forma se contribuye a que cuando ya es claro el diagnóstico del trastorno, se gesten otros problemas.

Por otro lado es claro que no solamente el niño vive la exclusión, ya que los

padres y en especial la madre que generalmente está la mayor parte del tiempo con él, se llega a sentir afectada, aunado a las heridas narcisistas por el hecho de que su hijo sea rechazado y etiquetado, también, toda la carga afectiva que no ha podido canalizar ni comprender y que muchas de las veces prefiere ignorar. Sin embargo, aunque existieran necesidades latentes de que alguien las escuche y las contenga, en la mayoría de las ocasiones, se centran en buscar las soluciones que les solicitan de todos los ámbitos para su hijo. Cabría suponer que si toda esa carga afectiva no logra ser canalizada adecuadamente, entonces hay dificultades para poderlas llevar al pensamiento en una forma reflexiva y en consecuencia se llegan a transformar en conductas que afectan la relación afectiva con las persona que le son significativas, y en este caso particular con su hijo afectado, todo ello las llevan a su vez, a vislumbrar un camino muy empinado, largo e incierto, por lo que pudieran ver lejano alcanzar terrenos más firmes y seguros, que les proporcionen las fuerzas necesarias para contrarrestar lo complejo del trastorno.

1.4.5.3. Factor Social

Barkley 1989 (en Barlow y Durand, 2001) comenta que años de constantes recordatorios de parte de profesores y padres respecto a comportarse, mantenerse quietos y en silencio y prestar atención tal vez generen una imagen personal negativa en estos niños, la cual puede ejercer, a su vez, una repercusión desfavorables en su capacidad para formar amistades. Por lo tanto, las posibles influencias biológicas en la impulsividad, hiperactividad y atención, en combinación con las distintas formas en que se busca controlar a estos niños, tal vez conducen a que los rechacen, resultando una mala imagen

para ellos mismos.

Cuando el TDAH se desarrolla con trastornos asociados, uno de los que se da con cierta frecuencia es el conductual, y a su vez uno de los factores de riesgo que llega a ser muy importantes es el de la experiencia y el ambiente familiar (Barragán, 2001). Se considera que si el 50% del temperamento es heredado, el otro 50% corresponde al ambiente social, y si éste es desfavorable, hará que se manifiesten con mayor fuerza este tipo de conductas.

Los niños con TDAH tienen dificultad para establecer relaciones con su grupo par, ya que por lo regular llegan a ser tiránicos, además, al jugar con sus amigos, no esperan turnos o imponen sus propios juegos como ellos lo prefieren (Gratch, 2001). Tienden a ser demandantes y a exigir gratificación en forma inmediata. Aparentemente llegan a establecer amigos con facilidad pero a la larga no logran conservarlos. Lo que los llevan a experimentar de forma repetida fracasos, rechazos y frustraciones, y esto a su vez provoca que sientan heridas narcisísticas, por lo que lo compensan a través de conductas que les permitan ser el centro de atención, a costa muchas veces de convertirse en los “payasos del grupo”, y de esta forma se hace un círculo vicioso, ya que buscan ser aceptados pero esa misma conducta que realiza es la que propicia que lo rechacen aún más.

Por otro lado, durante la infancia, la falta de atención y la impulsividad propician graves obstáculos en la implementación de normas, y al llegar a la edad adulta en muchos de los casos, pueden ser personas que transgreden o no cumplen las reglas básicas que se requieren para vivir dentro de una sociedad.

Se afirma entonces que, tanto el ámbito familiar o escolar, van de la mano, encontrándose a su vez dentro de “lo social”, si se dice que la familia es la base de la sociedad, y lo que suceda en su interior repercutirá al exterior de ella, entonces se puede decir que dichos factores interactúan, y se influyen mutuamente. Y si esto se ubica en un ambiente donde puede ser fértil para que se desencadene o que se haga más complejo el trastorno, es importante desmenuzar y averiguar cómo se desarrolla, y de esta forma buscar cómo prevenir mayores conflictos y contrarrestarlos mediante estrategias que favorezcan su pronóstico, como sería el caso de proporcionar un tratamiento integral en donde se tomen en cuenta los factores descritos anteriormente, así como atender de manera integral a los diversos actores involucrados, para que se sientan escuchados y entendidos, y de ahí partir para que se trabaje lo necesario para encauzarlos hacia la luz que los lleve a hacerle frente al problema.

1.5. Sintomatología de acuerdo a los criterios DSMIV (Asociación Psiquiátrica Americana, op. cit. 1995):

Es importante resaltar que el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, puede venir acompañado de síntomas y trastornos asociados, ante dicha situación se puede hablar de un síndrome, ya que éste es la reunión de un grupo de síntomas que se producen al mismo tiempo en un cierto número de enfermedades.

Por lo tanto es importante referir:

1.5.1. Síntomas y trastornos asociados:

“Las características asociadas varían en relación a la edad y del estado evolutivo, pudiendo incluir: baja tolerancia a la frustración, arrebatos emocionales, autoritarismo, testarudez, insistencia excesiva y frecuencia en que se satisfagan sus peticiones; labilidad emocional, desmoralización, disforia y baja autoestima. Con frecuencia, el rendimiento académico está afectado y devaluado, por lo que puede llevar a conflictos con la familia y el profesorado. La inadecuada dedicación a tareas que requieren un esfuerzo sostenido suele interpretarse por los demás como pereza, escaso sentimiento de responsabilidad y comportamiento oposicionista. Las relaciones familiares acostumbran a caracterizarse por resentimientos y antagonismos, debido a la variabilidad de las características sintomáticas, lo que facilita la creencia de que todo el comportamiento anormal es voluntario. Su desarrollo intelectual, verificado por tests de CI individuales, parece ser algo inferior al de los otros niños. En su forma grave, el trastorno es muy perturbador, afectando la adaptación social, familiar y escolar.

Una gran proporción de niños atendidos en centros clínicos a causa de su trastorno por déficit de atención con hiperactividad sufren también un trastorno negativista desafiante o un trastorno disocial. Por otro lado pueden presentarse una elevada prevalencia de trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos del aprendizaje y trastornos de la comunicación”.

1.5.2. Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo:

Se sabe que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad ocurre en distintas culturas, con variaciones en su prevalencia entre distintos países occidentales, probablemente a causa de que las prácticas diagnósticas son distintas. Es especialmente difícil establecer este diagnóstico en niños de edad inferior a los 4 o 5 años, porque su comportamiento característico es mucho más variable que el de los niños de más edad, pudiendo incluir características similares a los síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Además, ciertos síntomas de desatención en niños pequeños o preescolares no suelen observarse con facilidad, puesto que dichos niños habitualmente experimentan pocas exigencias de atención sostenida. En el último período de la infancia y el inicio de la adolescencia son menos frecuentes los signos de actividad motora excesiva como es el caso de correr y saltar en exceso, no permanecer sentado, de modo que los síntomas de hiperactividad pueden limitarse a inquietud motora o a un sentimiento interno de desazón. En niños de edad escolar, los síntomas de desatención afectan las tareas en clase y el rendimiento académico. Los síntomas impulsivos también pueden dar lugar a alteraciones de las normas familiares e interpersonales y escolares, especialmente en la adolescencia. En la vida adulta la inquietud motora puede dar lugar a dificultades para participar en actividades sedentarias, así como a la evitación de pasatiempos y ocupaciones que permitan pocas oportunidades para el movimiento espontáneo, como las tareas de despacho. El trastorno es mucho más frecuente en varones que en mujeres, con proporciones varón a mujer que oscilan entre 4:1 y 9:1 en función de si la población es general o clínica.

1.6. Diagnóstico

De acuerdo a la Enciclopedia de la Psicología (2000) el diagnóstico es definido como la fase final después de haber hecho uso de diversos procedimientos que sustentan un juicio sobre la existencia de algún trastorno. En dicho diagnóstico se van a ubicar o a clasificar a los sujetos a determinadas categorías, según sea el caso de la enfermedad, trastorno o síndrome, todo ello a partir de determinados síntomas.

En el caso del diagnóstico psicológico se describe como el análisis del comportamiento humano mediante la utilización de una serie de instrumentos de medición, como sería el registro de variables psicofisiológicas, la entrevista, los autoinformes o test, los autorregistros, las escalas y los cuestionarios. El objetivo del diagnóstico se centra en detectar los déficits o disfunciones que existen en un sujeto o grupo determinado, con la finalidad de proponer el tratamiento par lograr subsanarlos.

En cuanto al diagnóstico del TDAH, Gratch (2001) recomienda que para una evaluación, es primordial, hacerlo de acuerdo a la edad y a la etapa de desarrollo en la que se encuentra el sujeto, ya que quizá esa conducta sea considerada como parte del desarrollo normal, como es que a los dos años los niños aún no logran concentrar su atención por mucho tiempo, pasar de una actividad a otra con mayor frecuencia, además de llegar a ser impacientes, o inquietos, dichas características son consideradas como parte normal de una inmadurez evolutiva. Lo que si es importante no dejar de lado es que, todas ellas van a empezar a desaparecer a partir de esa edad, cuando esto no sucede, entonces hay que realizar los estudios diagnósticos requeridos para detectar porqué continúan dichas conductas y tener de esta forma un mayor

control de dicho desarrollo.

Además, es importante recalcar que el diagnóstico sea realizado por un profesional clínico, conocedor del tema, Orjales (1999) sugiere que sea una evaluación a nivel médico, psicológico y pedagógico, para que permita determinar cuál es la condición del niño a nivel físico, emocional y de aprendizaje, de esta forma se podría descartar que sean otras las causas de su comportamiento o bajo rendimiento escolar. Este profesional necesita además de la información que le puedan aportar los padres, por parte de la escuela, mediante informes y cuestionarios, así como la exploración y observación directa del comportamiento y rendimiento del niño. Es importante el diagnóstico precoz para poder abordar adecuadamente los diferentes problemas que pueden surgir a lo largo de su desarrollo.

1.6.1. Criterios diagnósticos del DSMIV para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (Asociación Psiquiátrica Americana, Manual op. cit. 1995).

A (1) o (2)

(1) Los síntomas de desatención que persisten por lo menos durante 6 meses y que exista una gran desadaptación e incongruente en relación con el nivel de desarrollo acorde a su edad. Dentro de los síntomas, se encuentran:

Desatención:

A menudo:

- no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.

- tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
- tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
- extravía objetos necesarios para tareas o actividades como por ejemplo, juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas.
- se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- es descuidado en las actividades diarias.

(2) Seis o mas de los de los siguientes síntomas de Hiperactividad-Impulsividad han persistido por lo menos durante de 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incongruente en relación con el nivel de desarrollo.

Hiperactividad:

A menudo:

- mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.

- corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo como es el caso en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud.
- tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor.
- habla en exceso.

Impulsividad:

A menudo:

- precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- tiene dificultades para guardar turno.
- interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros como por ejemplo se entromete en conversaciones o juegos.

B. “Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad”.

C. “Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes como es el caso en la escuela o en el trabajo y en casa”.

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

E. “Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno

psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental como sería el trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad”.

: **Los códigos basados en el tipo son:**

F90.0 “Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo combinado **(314.0)** si se satisface los criterios A1 y A2 durante los últimos seis meses”.

F90.8 “Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio en el déficit de atención **(314.00)**: Si se satisface los criterios A1 pero no el criterio A2 durante los últimos seis meses”.

F90.0 “Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo con predominio hiperactivo-impulsivo **(314.01)**: Si se satisface los criterios A2 pero no el criterio A1 durante los últimos seis meses”.

Nota: En caso de sujetos y en especial de adolescentes y adultos que actualmente tengan síntomas que ya no cumplan con todos los criterios hay que especificar en remisión parcial.

1.6.2. Diagnóstico Diferencial

De acuerdo con el DSM-IV (Asociación Psiquiátrica Americana, op. cit. 1995) en el transcurso de la primera infancia llega a ser difícil distinguir los síntomas de trastorno por déficit de atención con hiperactividad de ciertos comportamientos propios de la edad en niños activos, como es el caso de:

- Corretear sin parar o actuar de forma ruidosa.
- En niños con un CI bajo situados en centros académicos inadecuados para su capacidad intelectual son frecuentes los síntomas de desatención, por lo que hay que distinguir éstos comportamientos de signos similares en niños con TDAH.
- En niños con retraso mental debe establecerse un diagnóstico adicional de dicho trastorno.
- Sólo si los síntomas de desatención o hiperactividad son excesivos para la edad mental del niño.
- Se han dado casos de desatención dentro del aula escolar, en niños con una elevada inteligencia, debido al propio ambiente académico que se caracteriza de pobre estimulación.
- También hay que diferenciar el trastorno, de la dificultad experimentada en comportamientos dirigidos a un objetivo por niños pertenecientes a ambientes inadecuados, desorganizados o caóticos.
- Los datos proporcionados por distintos informadores como es el caso de los abuelos, o padres de otros niños, son útiles en cuanto a que contienen una variedad de observaciones respecto a la desatención, hiperactividad y capacidad del niño para autorregularse adecuadamente en distintas situaciones.
- Los sujetos con comportamiento negativista pueden resistirse a realizar tareas laborales o escolares que requieren dedicación personal a causa de su renuencia a aceptar las exigencias de otros.

- Estos síntomas deben diferenciarse de la evitación de tareas escolares observadas en sujetos con el TDAH. El diagnóstico diferencial puede complicarse cuando algunos sujetos con el trastorno, presentan secundariamente actitudes negativistas hacia dichas tareas y devalúan su importancia, a menudo como una racionalización de su fracaso.
- El TDAH no se diagnostica si los síntomas se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental, como podrían ser el trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, cambio de personalidad debido a una enfermedad médica o un trastorno relacionado con sustancias.
- En todos los trastornos descritos en el párrafo anterior, los síntomas de desatención tienen típicamente un inicio posterior a los 7 años de edad.
- En general la historia infantil de adaptación escolar no se caracteriza por comportamiento perturbador o por quejas de los maestros concernientes a un comportamiento desatento, hiperactivo o impulsivo.
- Cuando coexiste un trastorno del estado de ánimo o un trastorno de ansiedad con un TDAH, debe diagnosticarse cada uno de ellos.
- El TDAH no se diagnostica si los síntomas de desatención e hiperactividad se producen exclusivamente durante el curso de un trastorno generalizado del desarrollo o un trastorno psicótico.
- Los síntomas de desatención, hiperactividad o impulsividad relacionados con el uso de medicaciones en niños menores de 7

años no se diagnostican como TDAH, sino que se diagnostican como trastornos relacionados con otras sustancias no especificadas.

Por otro lado Solloa (2001) menciona que el diagnóstico no es fácil, debido a lo complejo del trastorno, por lo que es necesario realizar un análisis sistemático en donde incluya los siguientes pasos (Portal y Solloa en 1993):

1. Precisar si la actividad motora excesiva que presenta el niño es realmente inapropiada para su edad. Una de las formas de hacerlo es realizar a detalle la historia del desarrollo, con la intención de buscar evidencias que reafirmen la cronicidad y persistencia de los síntomas.
2. En el caso de la escuela es de vital importancia todos los datos observados, ya que generalmente en este ambiente tan estructurado en donde la hiperactividad se hace más evidente.
3. Ya que se haya detectado las dificultades de atención y la actividad motora excesiva inadecuadas del niño, se debe valorar si estas conductas son un reflejo de ansiedad y/o depresión.
4. Es importante diferenciar las conductas y el contexto, ya que un niño o adolescente puede ser hiperactivo y tener dificultad para concentrarse por una variedad de razones, la causa más común puede ser ansiedad, ya que los niños con frecuencia llegan a descargar su ansiedad a través de un aumento en la actividad motora.
5. La depresión puede ocasionar hiperactividad, a pesar de que sus síntomas se caracterizan por retraimiento, silencio, aislamiento y

dificultad para concentrarse. En los niños ha llegado a manifestarse en forma encubierta a través de irritabilidad y berrinches.

6. Si hay claros problemas emocionales, habrá que diferenciar aquellos problemas emocionales que causen dificultad en la atención, hiperactividad y bajo rendimiento académico, de los que son una consecuencia de los fracasos y frustraciones que el niño experimenta debido a que tiene TDAH, ya que estos niños enfrentan continuamente dificultades en sus relaciones interpersonales.
7. Es común que lleguen a presentar en su rendimiento académico, problemas emocionales secundarios, asociados al TDAH, como baja autoestima, falta de motivación, conductas agresivas y un pobre concepto de sí mismo, En dichos casos los problemas emocionales son un producto del trastorno y no la causa de éste.
8. El diagnóstico de TDAH se debe hacer con el mayor cuidado posible, sobre todo en niños cuyos padres presentan trastornos mentales como esquizofrenia o trastorno maniaco-depresivo, ya que lo anterior los coloca en situación de alto riesgo para desarrollar estos trastornos en la adultez. Se ha demostrado que muchas de las veces un comportamiento parecido al TDAH, es precursor de estos trastornos, y el tratamiento con estimulantes está contraindicado en dichos casos.

1.6.3. Diagnóstico Psicopedagógico

Orjales (1999) refiere que dentro del Diagnóstico, a cargo de un equipo multifactorial, se realiza la exploración psicopedagógica, la cual permite llevar a

cabo un diagnóstico diferencial, con la intención de establecer si la sintomatología que se detecta se refiere a un TDAH, o a otro trastorno como es el caso de: la depresión infantil, el trastorno por ansiedad, los problemas de conducta, etc. Habría que realizar, en primera instancia un diagnóstico de posición, donde, ya una vez confirmado el cuadro hiperactivo, averiguar qué nivel de afección presenta el niño y en qué áreas, para ello se requiere primeramente de averiguarlo, y cuestionar lo siguiente:

- ¿Presenta un retraso escolar por haber perdido un apoyo académico, si es así, cuáles son y dónde se presentan estas “lagunas” académicas?
- ¿Ha desarrollado técnicas instrumentales básicas adecuadas, en el caso de escritura, cálculo o lectura?
- ¿Es capaz de mantener la atención en tareas de atención selectiva y de atención continua?
- ¿Tiene estrategias adecuadas de solución de problemas, si es así cuáles son.
- ¿Trabaja por ensayo y error o es capaz de establecer hipótesis de trabajo?
- ¿Tiene un estilo cognitivo impulsivo?
- ¿Tiene un estilo de funcionamiento cognitivo dependiente de campo perceptivo?
- ¿Cómo responde ante la frustración, se irrita, se deprime o lo intenta de nuevo?

- ¿Es capaz de autoevaluar su comportamiento adecuadamente?
- Sus relaciones sociales ¿son adecuadas?
- ¿Tiene estrategias sociales adecuadas, es capaz de pedir de forma adecuada lo que necesita, puede recurrir a estrategias como el intercambio, la amenaza, la petición con argumentos convincentes, etc.?

Para responder a todas estas preguntas se requiere que el profesional a cargo de la evaluación, haga una exploración detallada, incluyendo las pruebas requeridas para cada caso, dentro de éstas se encuentran (Orjales, 1999):

- i. Las pruebas intelectuales que proporcionan si existen retraso mental es una batería de pruebas cognitivas conformada por rompe cabezas, laberinto, búsqueda de diferencias, vocabulario, pruebas de atención, etc., las cuales sirven para realizar una valoración cualitativa de las capacidades del niño, las estrategias que emocionalmente que cuentan para responder ante la prueba, así como comparar su rendimiento en diversos sentidos y en diferentes pruebas, o también en comparación con otros niños. Así mismo, tienen la especificación de determinar las alteraciones en los procesos cognitivos, pero no valoran el resultado de la aplicación del rendimiento.

- ii. Los estilos cognitivos, ya que éste aspecto es básico detectarlo, dentro de la valoración que es de especial interés son tres estilos de funcionamiento cognitivo, como sería: el estilo cognitivo dependiente-independiente de campo perceptivo; el estilo cognitivo impulsivo-reflexivo y la reflexividad o rigidez cognitiva.

En el caso del estilo cognitivo dependiente-independiente del campo perceptivo, se puede medir a través del Test de Figuras Enmascaradas para niños (CEFT de Wikin,, Oltman, Raskin y Kart, 1982, en Orjales 1999) en donde el niño buscaría el objeto oculto. En el Estilo cognitivo reflexivo o impulsivo, se utiliza el Test de Emparejamiento de Figuras Familiares (Caims y Cammock, 1978, en Orjales 1999) en donde el niño tendría que distinguir de 6 dibujos similares, el que es realmente idéntico. Por lo que, según sea el rendimiento del niño en la prueba se constata si comete errores y responde muy rápido, y si es así su funcionamiento sería impulsivo. Si el niño comete muchos errores y responde lentamente, se considera que procede mal por falta de atención o malas estrategias de exploración. También si un niño comete pocos errores y responde lentamente, se consideraría que procede de forma lenta-exacta, debido a una buena, pero lenta ejecución o para evitar la ansiedad que le producen las respuestas erróneas.

- iii. Para evaluar la flexibilidad y rigidez cognitiva, se hace con el STROOP, el Test Colores y Palabras de C.J. Goleen (1994, en Orjales, 1999), el cual mide la habilidad para ignorar distracciones respecto al estímulo relevante que se presenta al niño, al mismo tiempo que valora la capacidad para inhibir las respuestas verbales que sean incorrectas.
- iv. Las baterías de pruebas pedagógicas, ya que estas permiten valorar el nivel escolar del niño, así mismo, conocer el nivel de lectura rápida, como sería el número de palabras por minuto y su exactitud lectora; el nivel de automatización de la lectura, en donde se observa el grado de decodificación fonológica, como por ejemplo si comete errores en palabras largas; el nivel de comprensión de lectura, respecto a su edad, en un momento dado comprobar si las estrategias de lectura son adecuadas; el nivel de ortografía; el cálculo matemático automático, o si necesita ante operaciones sencillas la utilización de los dedos, si organiza mentalmente la operación o si olvida los datos; la calidad de las estrategias de solución de problemas matemáticos, como por ejemplo si se observa que lee en forma reflexiva, si no analiza por partes la información; los hábitos de estudio, donde se valore si es capaz de ponerse a estudiar solo, o si lo hace acompañado, si se organiza su tiempo para sus deberes, etc.; la capacidad de resumir la idea principal de un texto; la capacidad para definir conceptos; la riqueza de su vocabulario.

- v. Las pruebas de integración perceptiva, ya que ayudan al diagnóstico para ver la existencia de pequeñas disfunciones cerebrales o problemas de integración perceptiva en niños con trastorno de aprendizaje. Dentro de las que se encuentran: Test Gestáltico Visomotor de Bender, la cual consiste en presentar al niño de forma independiente, nueve tarjetas con figuras geométricas y pedirle que las reproduzca tal y como las ve; La Figura compleja de Rey, prueba de integración perceptiva, se compone de dos partes, la primera se le pide al niño que copie un dibujo geométrico complejo, en la segunda parte, se retira el modelo y el niño debe tratar de reproducir la figura tal y como la recuerde.
- vi. Cuestionarios de lugar de control respecto a situaciones académicas o interpersonales, los cuales miden el grado en que un niño percibe el éxito o fracaso en la escuela o en situaciones personales como fruto de factores internos (su inteligencia, sus esfuerzo personal, etc.) o externos (la suerte, el favoritismo del profesor o la dificultad de la tarea) y el grado de control que percibe que están en su mano cambiar esta situación o si no lo está. Saber si el niño responde a dicho esquema de pensamiento ayudaría en el planteamiento de la intervención.
- vii. La evaluación del déficit de atención, se realiza con la intención de detectar posibles dificultades en los procesos atencionales que presentan los niños hiperactivos. Como sería

la valoración en el mantenimiento de la atención continua, ya que ésta se utiliza en tareas de vigilancia, por lo que se pretende observar qué tan atento o alerta se encuentra ante el estímulo, esto a través de pruebas, donde se le da al sujeto, un objetivo a retener en la memoria de trabajo y se le instruye para que presione un botón cuando el objetivo aparece en un tren de estímulos, reflejando con ello una toma de decisión seguida de una respuesta, el sujeto retiene el objetivo en memoria de trabajo, codifica cada estímulo y lo compara con el objetivo; y de tiempo, qué tanto tiempo tarda en dar respuesta ante un estímulo, como serían a través de pruebas, donde no existe un objetivo constante, se le instruye al sujeto para que presiones un botón cuando el estímulo que aparece es idéntico al estímulo inmediato anterior, el sujeto codifica el estímulo, lo retiene en la memoria de trabajo, codifica el estímulo siguiente, y compara este último con el precedente, si existe un emparejamiento de las dos memorias de trabajo, se produce una toma de decisiones y se emite una respuesta.

Por otro lado, se utiliza el Test de Percepción de Diferencias o CARAS, de Thurstone y Yela (1988, en Orjales 1999.), el cual evalúa la aptitud para percibir de forma rápida y correcta, semejanzas y diferencias. En esta prueba se presenta una hoja con dibujos esquemáticos de caras que difieren en la boca, ojos, nariz o pelo, el niño debe observar grupos de 3 caras y tachar la que considere que es diferente a

las otras dos, en la versión tradicional, se conceden 3 minutos de tiempo para la realización de la prueba, sin embargo Reparaz y sus colaboradores 1996, han actualizado dicha prueba, cambiando el tiempo, decidieron registrar la realización a los 3, 5 y 6 minutos.

1.6.4. Diagnóstico Psicodinámico

Se realizar el Diagnóstico Psicodinámico a través de Métodos y Técnicas Científicas, como la entrevista, en la cual se establece un encuentro entre paciente y entrevistador, en el que se establece un proceso comunicativo dentro de un vínculo interpersonal y en la que se busca esclarecer los conflictos psíquicos del paciente reflejados en la conducta del individuo, y para ello se va rastrear los síntomas que se manifiestan en dicha conducta, por lo que va a buscarse darle respuesta a las preguntas: cómo, cuando, donde, porqué, o para qué, se han desarrollado dichos síntomas, cómo ha sido su funcionamiento mentalmente, en relación al manejo de emociones y las motivaciones del proceder de su conducta, ya sea a nivel consciente o inconsciente; y también con respecto al funcionamiento de las instancias psíquicas yo-ello-superyó, y la forma en cómo se ha adaptado al medio ambiente, para ello se evalúa el cómo ha repercutido todo ello en su vivir dentro de su familia y de qué forma interactúan los integrantes de dicha familia, así como en el grupo social al que se encuentran insertados (Días, 1998).

Para Gratch (2000) el diagnóstico médico con enfoque psicodinámico de cualquier trastorno, requiere de una determinada secuencia o pasos a seguir: el

primero es precisamente el diagnóstico, por lo que para realizarlo será a través de la entrevista con padres, en donde se requiere del uso primordial y detallado de la historia clínica, a través de la cual permitirá tener un conocimiento de los síntomas, la época y modo de aparición, así como las dificultades que le han ocasionado al paciente en su propia vida, lo que se obtendrá caracterizar el desorden; el segundo paso se refiere a identificar la o las causas que lo originaron; el tercer paso sería el buscar el tratamiento más idóneo.

Es importante mencionar que al realizar las entrevistas a los padres, por lo regular, se logra visualizar la interacción que tienen dicha pareja, también si existen o no severos conflictos en su relación, notables desacuerdos, aspectos patológicos en la interacción familiar, o también el que lleguen a depositar dicha patología en el niño afectado, lo que pudiera ser la generadora del conflicto o también de que se agraven. si es así el caso, se recomendaría una terapia, según sea el caso al miembro familiar que lo requiera, antes de colocar bajo tratamiento psicofarmacológico o psicoterapéutico, a quién es en alguno de los casos víctima de estos desajustes, más que un individuo con dificultades.

También es conveniente realizar las entrevistas a nivel familiar, de esta forma se observa cómo se desarrolla la dinámica familiar, de qué forma se comporta el niño, en qué momento se pone inquieto, ansioso o hiperactivo, así como también detectar la reacción de los padres ante las transgresiones del niño, cómo se establecen los límites y quién es el que los pone, y de qué forma y a cuál de los padres obedece y a cuál no lo hace.

Así mismo, la entrevista tiene una doble función, por un lado, sirve para

recolectar información, y por el otro, brinda información útil a los padres, ya que ellos pueden conocer a través de los síntomas que observan en su hijo, cuál es el origen del trastorno en cuestión, por otro lado saber qué factores pueden contribuir al mejoramiento, a la cronicidad o cómo se puede exacerbar.

1.7. Tratamiento

Michanie (1996) menciona que aún no hay un tratamiento que cure este trastorno, sin embargo existen varios manejos terapéuticos que son efectivos para disminuir las manifestaciones sintomáticas y de esta manera contrarrestar las dificultades que llegan a tener los niños para su adaptación en el ámbito escolar y social. El autor aclara que para que haya una mayor efectividad con el tratamiento es necesario combinar el farmacológico con el psicoterapéutico, y que hay que tomar en cuenta los factores psico-sociales en donde se integre el trabajo con profesores, padres o por lo menos con la madre que es la que mayor tiempo se encuentra con sus hijos.

Solloa, (2001) comenta que ante lo complejo de la sintomatología, así como de los problemas conductuales asociados al TDAH, es necesario que se implementen estrategias básicas en el tratamiento y en diferentes contextos, así como el que intervengan profesionales de distintas disciplinas, como es el caso de neurólogos, psicólogos, trabajadores sociales y maestros de educación especial, cada uno aportando su experiencia para abordar problemas específicos. La autora recalca que no existe una cura para el TDAH, sin embargo lo que se pretende es controlar o reducir los síntomas.

Hasta el momento, las intervenciones que han demostrado ser más efectivas son: la farmacoterapia, la modificación conductual, tratamiento

cognitivo-conductual y el de orientación para padres.

Barragán (2003) está de acuerdo que el mejor tratamiento de niños/as con este trastorno es el mutlimodal, el cual abarca cuatro aspectos básicos, como es: a nivel individual o personal; el familiar y medio ambiente; el escolar y el farmacológico. La finalidad de este tratamiento es el buscar construirle al niño una personalidad fuerte y segura, ayudarle a fabricar diversas herramientas de apoyo que le permitan una mejor adaptación al medio ambiente en los diferentes escenarios de la vida, se busca por lo tanto encaminarlo a que desarrolle una inteligencia emocional.

Para Gratch (2001) el mejor tratamiento para el TDAH es la combinación multidisciplinaria de varios enfoques como es el psicoterapéutico, el psicopedagógico y el psicofarmacológico, ya que cada uno le brinda al paciente las distintas áreas que requieren para dar un resultado de manera integral, sin olvidar ninguna de las áreas. Esto lo fundamenta al referir que si la etiología se debe al desajuste neuroquímico, se requiere resolver a través de la toma del medicamento que intervengan a nivel de neurotransmisores, pero el problema se resolvería de manera parcial, ya que deja de lado la problemática familiar, o conflictos interpersonales del propio paciente, o su cronicidad en su autoestima, por lo que para ello sugiere la intervención de un tratamiento efectivo como la psicoterapia psicoanalítica. Pero además no hay que dejar de lado los trastornos de aprendizaje que se presentan, porque se parcializa el seguimiento óptimo del problema, por tal motivo, también se requiere del tratamiento psicopedagógico.

1.7.1. Farmacológico

Michanie (1996), refiere que entre los manejos farmacológicos, utilizados se encuentran los estimulantes que pertenecen a la dextroanfetamina, el metilfenidato y la remolina magnésica. También se usan antidepresivos tricíclicos como el IMAO, y un antihipertensivo, la Clonidina, ésta última con propiedades agonistas alfa adrenérgicas centrales. En éste artículo se aclara que no se obtienen resultados favorables a largo plazo, con éste único medio terapéutico

Igualmente Barragán (2001) comenta que el tratamiento farmacológico es uno de los puntos de enlace para que se logre un buen éxito en el tratamiento multimodal ya que contribuye a buscar el equilibrio químico de los pacientes con TDAH. Por otro lado, es importante que los padres conozcan los efectos secundarios ya que les permite tener mejor manejo del medicamento.

Una de las metas inmediatas del medicamento es estimular las sustancias encargadas de regular los procesos del aprendizaje, y al mismo tiempo al niño le permite sentirse más optimista de tener un mejor rendimiento escolar.

Así mismo, Solloa (2001), refiere que del uso de estimulantes en el tratamiento, existe un 70% de efectividad, en lo que se refiere a las mejorías conductuales. Menciona que existe una gran variedad de fármacos en el mercado, cada uno actúa sobre el cerebro de manera diferente y se puede dividir en dos categorías: los estimulantes y antidepresivos. En el primero, incrementan el nivel de alerta del sistema nervioso central. Los efectos colaterales más comunes es la pérdida de apetito e insomnio; otros síntomas relacionados con los estimulantes son: síntomas somáticos como sería la inhibición del crecimiento e incremento en el ritmo cardiaco, cabe aclarar que

éstos últimos se presentan en un número reducido de casos. Otros niños llegan experimentar dolores abdominales y de cabeza, síntomas que por lo regular desaparecen si se disminuye la dosis o si se cambia de estimulante. Algunos niños reaccionan con tics nerviosos como el morderse las uñas o los labios.

Barkley (1987, en Solloa 2001) proponen varios puntos para tomar en cuenta la decisión de medicar, entre los que se encuentran:

No se debe medicar hasta que el niño haya sido evaluado, tanto físicamente como psicológicamente.

Hay que tomar en cuenta la edad en la que se encuentra el niño, ya que el tratamiento farmacológico puede ser inefectivo o trae consigo más problemas colaterales en niños menores de cuatro años.

Es importante antes de medicar, intentar intervenciones alternativas como orientación a padres, manejo conductual, cognitivo, etc.

Hay que estudiar qué tan severos son los síntomas, ya que cuando la conducta es extremadamente incontrolable o causa mucha tensión familiar, el tratamiento farmacológico es el camino más rápido y más efectivo para afrontar la crisis hasta que sea posible implantar otro tipo de tratamiento.

Para el tratamiento tanto farmacológico o el chequeo médico se requiere verificar si la familia los puede costear

Averiguar si los padres son lo suficientemente estructurados y constantes para supervisar adecuadamente el uso del medicamento y evitar su abuso.

Conocer la actitud de los padres ante la medicación, ya que algunos padres son “antifármacos” y no se les debe forzar a implantar este tipo de tratamiento.

Investigar si en la familia hay delincuencia o abuso de drogas, ya que en este caso no se debe suministrar medicamentos pues existe el riesgo del uso o

venta ilícita.

Realizar el diagnóstico diferencial para detectar otros trastornos peexistentes, y así verificar si los fármacos están contraindicados.

En casos de que niños ansiosos, temerosos o con problemas psicosomáticos se deben probar primero con antidepresivos.

Investigar si el médico ya ha supervisado los efectos del medicamento previamente.

Evaluar qué piensa el niño acerca del medicamento y sus alternativas. Es importante discutir el uso del medicamento con niños mayores y con adolescentes, pues en el caso de que el niño se oponga al medicamento, puede sabotear el tratamiento.

1.7.2. Tratamiento Psicológico

Barragán (2001) refiere que el tratamiento psicológico consta de un plan de trabajo, que abarca diversas modalidades de atención personalizada, como es el caso de intervenciones psicopedagógicas, terapia física, terapia familiar y la psicoterapia de grupo o individual.

En este sentido, en lo que se refiere al tratamiento psicopedagógico, que por lo regular está a cargo de un especialista en psicología neurológica o educativa, reúne una serie de técnicas y estrategias especializadas para que el niño que acuda a ella obtenga una nueva forma de aprendizaje, y que le permita estimular sus habilidades cognoscitivas que se encuentran débiles hasta el punto que se requiera nivelarlas acorde a su edad, y de esta manera lograr una mayor eficiencia en su aprendizaje. Es importante lo que el autor refiere en cuanto al periodo de tiempo que se requiere para dicho tratamiento,

ya que comenta que dependerá del tipo de deficiencia encontrada, de su severidad, de la respuesta del propio niño al tratamiento, de la su edad cronológica, así como del nivel de compromiso que establezcan los padres para el tratamiento de su hijo.

Para Gratch (2001) el tratamiento psicopedagógico es indispensable para solucionar los trastornos del aprendizaje que se combinan con TDAH, además, recomienda que vaya acompañado dicho tratamiento con la enseñanza adicional para poder restaurar las lagunas de conocimiento que se produjeron a través de los años a consecuencia de la cronicidad del déficit atencional.

Solloa (2001) sugiere el tratamiento psicológico mediante la Modificación de Cognitivo-Conductual. Los que iniciaron este enfoque fueron Luria y Vigotski, quienes en base a su experiencia de trabajo, se percataron que durante el desarrollo, el niño aprende a controlar su conducta, al utilizar verbalizaciones autodirigidas. Según la teoría, el niño se socializa y gana autocontrol para responder a las instrucciones de otros y después en una forma abreviada usa “autoinstrucciones” para guiar y controlar su propia conducta.

El enfoque antes mencionado trabaja con una estrategia denominada entrenamiento en autoinstrucciones. Tiene la finalidad terapéutica de que el niño con TDAH logre hablarse a sí mismo, para que haya una modificación en las cogniciones que preceden y acompañan a la conducta. Así mismo, tiene la intención de que desaparezcan las respuestas impulsivas, además de que aumente la capacidad de mantener la atención y que facilite tanto el automonitorio como el autorreforzamiento.

El orden secuencial de este tratamiento es el siguiente:

- Selección de una tarea. El terapeuta escoge la tarea que necesita ser atendida así como alguna estrategia sistemática para ser realizada.
- Modelamiento cognitivo. El terapeuta sirve como modelo, por lo cual realiza la tarea hablándose así mismo y en voz alta, en donde se explica el problema y las estrategias que usa.
- Asesoramiento externo abierto. El niño realiza la tarea, al mismo tiempo que el terapeuta lo dirige, hace los mismos seis pasos en la resolución del problema.
- Verbalización autodirigida abierta. El niño realiza la tarea autodirigiéndose y en voz alta.
- Modelamiento de verbalización autodirigida abierta. Donde el terapeuta se autoinstruye en el procedimiento de la tarea en voz baja.
- Ensayo del niño en la verbalización autodirigida abierta. El niño repite la tarea, pero en esta ocasión se autoinstruye en voz baja.
- Modelamiento de autoinstrucciones encubiertas. El terapeuta mueve sus labios, moldea cara pensativa, revisa las alternativas y señala con el dedo a cada una de ellas.
- Practica en darse auto instrucciones en voz baja. El niño desarrolla la tarea auto instruyéndose con lenguaje interno, por lo que tiene que pensar los pasos que hay que seguir para realizar la tarea.

Por otro lado en 1977, Michenbaum (en Solloa 2001) sugirió que para complementar el entrenamiento de autoinstrucciones se podría utilizar estrategias como costo de respuesta y monitoreo cognitivo. En el caso del

costo de respuestas el niño perdería reforzadores previamente ganados, cada vez que se produzca una conducta no aceptable. Esta estrategia deberá ser completada con estrategias de reforzamiento directo de conductas deseables. Agregar esta estrategia al programa permitiría lograr que el tratamiento se desarrolle en forma integral, ya que le beneficia al niño tanto con sus problemas conductuales, como con sus problemas de atención.

En el auto monitoreo cognitivo se le enseña al niño a que responda a la grabación de una campana que suena a intervalos irregulares para recordarle que tiene que prestar atención. De esta forma disminuye en forma gradual la frecuencia con que suena la campana para obligar al niño a permanecer cada vez más tiempo concentrado.

Cabe hacer notar que este tratamiento va dirigido sólo al niño afectado sin involucrar a los padres, situación que pudiera disminuir la efectividad del tratamiento.

1.7.3. Orientación y Entrenamiento para Padres

Michanie (1996) refiere que el tratamiento psicoterapéutico más utilizado es la orientación a padres, mediante técnicas de tipo cognitivo conductual, su objetivo es disminuir el nivel de estrés y el conflicto que llegan a presentar las familias, se busca sensibilizarlos para que se comprometan a mejorar el desarrollo del niño. A través de una serie de pasos como son brindar una información precisa con respecto al trastorno, corregir creencias erróneas y enseñar habilidades específicas para la crianza de estos niños.

Para que el tratamiento sea eficaz, se requiere contacto con los padres. Según Dubey y colaboradores (1983, en Solloa, 2001) la educación de los

padres es una parte medular para el manejo conductual exitoso del niño, por lo que se requiere que el terapeuta esté capacitado para brindar información actualizada y sencilla sobre el trastorno, sus causas, sus manifestaciones, su curso y su tratamiento, así como para orientar y entrenar a los padres en técnicas de manejo conductual, que en casos necesarios puedan referir a los padres a centros de terapia familiar o de pareja.

Uno de los programas para padres de niños con TDAH se encuentra el desarrollado por Du Paul y colaboradores (1991, en Solloa 2001) que consta de nueve sesiones, ya sea en forma individual o grupal. La duración de cada sesión es de una hora y media a dos horas, con secuencia similar; primero se revisa la información que se obtuvo en la sesión anterior, se platica sobre las dificultades que se tuvieron durante la semana y se revisan las tareas que se hayan dejado, al término de esto, el terapeuta introduce la nueva información. Y la sesión finaliza con retroalimentación y señalamiento de una nueva tarea.

Gratch (2001) comenta que ante los resultados de un diagnóstico confirmatorio con respecto al TDAH, los padres requieren de una guía especial ante lo que se les presenta. Ellos llegan a tener diversas respuestas emocionales, de acuerdo a los recursos internos con los que cuentan, de forma general se pueden citar 3 formas: los que se resisten y lo niegan; los que lo aceptan con resignación; o quienes al tener menos dificultades, logran procesarlo de una forma más tolerable y lo aceptan y buscan favorecer activamente el tratamiento. De una forma o de otra los padres necesitan de una orientación especial, para que logren procesar el evento, ya que en él existen heridas narcisistas que les impide aceptar las experiencias que viven en el momento, para ello se requiere una serie de entrevistas, debido a que son

experiencias de verdadero impacto. Por otro lado también es bueno recomendar diversas lecturas en relación al padecimiento, ya que ayuda a una mayor credibilidad.

En la medida que los padres elaboren o acepten lo que les sucede, es como pueden visualizar el problema de forma diferente, ya que se involucran y ven al niño como alguien que tiene un problema y no como alguien que es un problema.

Al conocer el diagnóstico y aceptarlo, es una forma de comprender qué es lo que sucede y por qué sucede, además que se convierte en un compromiso y una oportunidad para que el individuo logre resolver experiencias dolorosas, como es el caso de que el hijo padezca un trastorno, como es el TDAH.

Por otro lado, el autor hace una serie de recomendaciones necesarias para el manejo del hijo hiperactivo, así como de la propia dinámica familiar, las cuales son: estructurar el ambiente propicio para el niño, para que logre una organización y se contrarresten los síntomas, mediante listas, programas y escritos, que le ayuden al niño a que retenga la información necesaria para su aprendizaje; se requiere de apoyarlo y no recriminar sus síntomas; ser muy tolerantes y paciente, y saber que lo que tiene el niño es un problema real y no que él se comporta así para perjudicarlos; también recomienda horario; el utilizar premios o elogios en los momentos que lo requiere, como es el caso de pequeños logros, así como ser determinante y constante con los límites, sin llegar a castigos físicos o a recriminaciones desgastantes que perjudican la autoestima del niño; es necesario que al momento de darle indicaciones éstas sean de forma clara y sencilla, con contacto visual y repetirlas hasta que éstas queden claras; evitar al máximo los estímulos distractores del exterior cuando

realice alguna actividad que implique concentración.

La actitud que por lo regular tienen los padres al momento de que el terapeuta les da sugerencias para modificar la dinámica familiar cuando hay hijos hiperactivos, es de desaliento, debido a que refieren haber hecho todo lo posible sin haber obtenido ninguna beneficio quizá, también por que en el fondo existen sentimientos de culpa por actitudes de rechazo, desesperación o de poca tolerancia ante las experiencias de crisis para el manejo con hijo en conflicto. Ante dicha situación, el terapeuta deberá tener la habilidad de ofrecerles otra alternativa distinta a lo ya experimentado, para que logren visualizarlo de forma más optimista y con mayores opciones. Al cambiar de actitud promueve que se logren mejores resultados y así se gratifique a todos los involucrados en cada caso.

De acuerdo a lo antes descrito la autora de esta investigación infiere que la orientación a padres es esencial para el tratamiento del trastorno, ya que para que pueda haber un manejo óptimo se requiere de la participación activa de los padres y en especial de la persona que la mayor parte del tiempo está presente, que por lo regular es la madre, en donde el terapeuta al orientar, guía mediante estructuras y seguimientos en forma más organizada, y al existir el monitoreo por parte del terapeuta, permite que se logren cumplir las metas que se plantean en el tratamiento, a fin de que puedan habituarse a él.

Es importante hacer notar que para que haya una mayor efectividad en lo anterior, es indispensable el hecho de que los padres cuenten con otro tipo de orientación, como es el caso de que el terapeuta, les ofrezca alternativas distintas a las ya experimentadas para el manejo del hijo. Por lo que para darle seguimiento al tratamiento con el niño, es importante empezar primero con

ellos, e introducirlos en su autoconocimiento, a través de las técnicas que hace uso el terapeuta como la escucha, la empatía, y la contención y de esa forma los lleve al camino de la reflexión en donde puedan visualizar los recursos con los que cuentan, tanto internos como externos, así como sus dificultades o limitantes, de tal forma que aprendan a tolerar los sentimientos de culpa, de frustración o de dolor y así llevarlos a un mejor manejo afectivo para que obtengan una mayor fortaleza que les ayude a enfrentar su realidad y manejar de forma más efectiva el seguimiento que requieren con el hijo afectado y así construyan un futuro más prometedor para cada uno de los miembros que conforman la familia.

Así mismo esta investigación considera que el espacio que sea proporcionado a los padres, no sea solamente al principio del tratamiento, sino que haya una presencia continua, esto con la finalidad de que el acoplamiento que se logre sea más profundo y duradero.

1.7.4 Psicodinámico

De acuerdo a lo que refiere Gabrielle Weiss, (Solloa 2002), el tratamiento psicodinámico ha sido poco utilizado en niños hiperactivos. Ella recomienda que se desarrollen métodos dentro de la corriente psicodinámica para tratar a éste tipo de niños, específicamente para ayudarlos a entender su propio trastorno y a tener confianza en sí mismos para que de esta forma puedan cambiar y sentirse comprendidos por alguien.

Barragán (2001) comenta que en el caso de la psicoterapia emocional, los enfoques más conocidos se encuentran dentro de las cuatro grandes escuelas como es: la psicoanalítica, la conductual, la humanista y la transpersonal. Este

autor menciona que en la época actual se llega a utilizar los aportes valiosos que integren las diferentes formas de conocer o entender al ser humano, así como las diversas técnicas, o estrategias para ayudarlo a ser más funcional para integrarlo a su realidad en forma más plena.

Además Independientemente de la corriente a la cual pertenece el terapeuta, el trabajo que se realiza con niños, es a través de terapia de juego, la cual puede ser de forma dirigida, en donde el terapeuta elige el juego o las actividades, de acuerdo a lo que quiera trabajar; o por el contrario, en donde el niño elija su propia actividad o juego, y el terapeuta se dedica como observador activo y también como acompañante de juego.

El autor hace énfasis del apoyo por parte de la familia para que se obtengan los logros que plantea el propio terapeuta, con respecto a sus objetivos del tratamiento, todo ello mediante el compromiso, la constancia y asistencia a las sesiones. Por lo regular las sesiones llegan a ser de una o dos veces por semana, con un tiempo aproximado de 45 minutos por sesión. En cuanto a la duración del tratamiento para optimizar los objetivos planteados, se recomiendan terapias de un año a dos, según sea el caso.

El tratamiento estaría encaminado a que el paciente logre lo más rápido posible que se haga cargo de su propia vida, mediante el uso de sus propios recursos y las herramientas con las que cuenta del medio ambiente, para que de esta manera obtenga su propia autonomía e independencia. Es importante que el terapeuta valore cada caso, según la situación, además de que realice la retroalimentación requerida para el paciente, los padres y en casos necesarios para los maestros, y de esta manera se plantee el momento del cierre de la terapia así como su finalización.

Para Gratch (2001) El tratamiento que es imprescindible para los niños, adolescentes y adultos con TDAH, es la psicoterapia psicoanalítica, la cual tiene una doble vía, ya que por un lado sirve como instrumento de investigación y por el otro es psicoterapéutico, en el caso de los objetivos de éste último, deberán estar encaminados a las expresiones sintomáticas así como a las repercusiones que de ellas surjan en la vida afectiva del paciente.

La mayoría de paciente con este trastorno, llegan a tener alteraciones en el carácter, dificultad para las relaciones interpersonales, riesgos que sufren al ser personas impulsivas y sobretodo el daño en la autoestima por la constante de fracasos al no tener logros en el desempeño propuesto, todo esto se traduce en obstáculos que sólo puede llegar a ser superados a través de un tratamiento psicoterapéutico.

El autor hace referencia de relatos de algunas personas que desde pequeños reafirmaron el no estar capacitados para actividades intelectuales, como consecuencia de sus experiencias en la etapa escolar y con el correr del tiempo se autoexcluyeron para cualquier proyecto de ese tipo, de esta manera las vocaciones o proyectos relacionadas con ellas eran excluidas o abortadas antes de llevarlas a la práctica. Esto trae como consecuencia una afectación crónica en la autoestima, que cuando se vive de forma permanente genera una afectación en la personalidad del sujeto afectado, como sería un daño crónico en su narcisismo, o se manifiesta en forma opuesta con rasgos de carácter maniacos, en donde se busca negar a través de defensas de omnipotencia, los sentimientos de minusvalía y de fracaso.

Y así dichas personas que en experiencias de la vida temprana, en un inicio lograron satisfacer el narcisismo de los propios padres, cuando estas

expectativas se salen del patrón esperado y no llegan cumplirse, sobrevienen críticas de forma permanente y tiempo después generan sentimientos de minusvalía y de auto observación de defectos de su propia personalidad. Esto lo confirman cuando en el ambiente extrafamiliar reciben críticas parecidas.

Otro cuadro psicológico que por lo regular se desarrolla junto con el TDAH, es la depresión, la cual se describe con características de la inhibición psicomotriz, los autorreproches, visión pesimista de la vida o también con un estado crónico afectivo de tristeza.

Por ello (Gratch, 2001) es importante proveer al individuo afectado con este trastorno, un espacio psicoterapéutico donde pueda hacer conscientes dichos aspectos psicodinámicos, como consecuencia de los problemas secundarios del TDAH como sería el trastorno de conducta y de la autoestima. De esta manera, se busca cumplir con el objetivo central que es el mejorar la autoestima, además de buscar prevenir que los síntomas primarios, derivados del aspecto neurológico, como sería la impulsividad, terminen por transformar el problema del niño a rasgos de carácter. Así mismo llevar a cabo un tratamiento psicoterapéutico en una fase temprana del trastorno, permitiría a su vez prevenir o minimizar que el individuo incorpore la impulsividad como una forma de resolver su dificultad en momentos de tensiones pulsionales ante situaciones de conflicto que se confronta en su vivir cotidiano.

Por lo tanto, para el autor es importante que en el tratamiento se integren a los padres, a través de entrevista que se efectúen en periodos de cuando menos una vez por mes, o en los casos donde se requieran sesiones con seguimientos de tratamiento global, o también en el momento que se requiera, referir al padre o a ambos a una terapia individual.

Si se hace una revisión de lo que se ha descrito en cuanto al tratamiento que se le ha dado a este trastorno, es importante resaltar que el más completo es el Multimodal ya que abarca las distintas áreas involucradas en el niño, como es el individual, el familiar, el escolar y el neurológico.

Al retomar la epigénesis del TDAH, trasciende de una manera evidente la influencia que tienen los factores involucrados para que se desarrolle y perdure dicho trastorno, como serían los hereditarios, neurológicos, evolutivos y ambientales, dentro de los factores ambientales que abarca el ámbito familiar, escolar y social sobresale el aspecto humano, que lleva a nuevas líneas de investigación, ya que en la medida en la que se conozca su repercusión en la evolución y pronóstico de este trastorno se pueden buscar opciones más alentadoras para su manejo.

Específicamente en el factor familiar es conocido por todos que ahí se gesta la formación de la personalidad del individuo y su evolución, así como su estado emocional, que una madre con estabilidad emocional provee al hijo mayores recursos para hacerle frente al mundo que le rodea y pueda responder de una manera más adaptativa a los cambios que se le presenten, con un adecuado manejo de sus afectos que le permitan mayor tolerancia a la frustración y capacidad de demora, y como consecuencia un comportamiento que lo lleve a un grado mayor de satisfacción.

Es por ello que el desarrollo de la vida afectiva en el ser humano es de vital importancia para la salud mental, lo cual se detallará en el siguiente capítulo.

2. AFECTOS

AFECTOS

2.1. Definición

Cuando se busca la definición de los afectos, se puede observar que su contenido es muy amplio, ya que lleva implícito una serie de conceptos, que llegan a ser manejados de una forma indiscriminada y cuando se hace referencia a ellos en un lenguaje cotidiano, se les da el mismo significado, sin hacer alguna distinción, así es el caso de las emociones, los sentimientos y las pasiones. Por ello, es importante describir sus diferencias o particularidades y de esta forma aunque se integren a su concepto general, se podrían distinguir en el contexto al cual se hace referencia.

Para Bowlby (1969), la definición que hace alusión, integra los términos de afectos, sentimientos y emociones refiriéndola como las fases de evaluación intuitiva que el sujeto realiza de su propia condición orgánica y de los impulsos que lo llevan a actuar, además de enfrentar las diversas situaciones ambientales; por lo tanto juegan un papel importante en el control de su conducta. Dichos procesos evaluativos poseen una característica esencial, como es que sean sentidos. En términos generales el sujeto llega a tener conciencia de dichos procesos, lo que le facilita darse cuenta de su propia condición, esto a su vez le permite afrontar situaciones de urgencia. Por lo tanto llegan a ser básicos en el control de la conducta. Es muy común que vayan acompañados de expresiones faciales claramente específicas, posturas corporales así como pequeños movimientos que llegan a aportar información valiosa para el que los observe. El autor aclara que por lo regular se hacen conscientes dichos procesos, sin embargo no descarta la posibilidad de que lleguen a ser sentidos

en forma inconsciente y por lo tanto el individuo no se llega a percatar de ellos.

Para Palmero (1998) el concepto de afecto, la mayor parte de las veces es utilizada como una especie de rótulo general, en donde se incluyen la “emoción” y el “humor”, Así mismo refiere que el afecto contiene tonalidades, que pueden ser positivas o negativas, y con intensidad, ya sea baja o alta. Además el afecto está relacionado con la preferencia, ya que permite el conocimiento del valor que llegan a tener en el sujeto las distintas experiencias a las que se enfrenta.

Por otro lado para González, Núñez (1988) los afectos se definen como una expresión cualitativa de un impulso, en donde se incluye dentro de esta definición las emociones, los sentimientos y las pasiones.

Así mismo, al definir los afectos, éstos se encuentran integrados al concepto de afectividad, la cual es definida como los diversos estados de ánimo, así como la totalidad de las reacciones, que tienen su origen en el impulso pulsional.

En la Enciclopedia de Psicología (2000) se habla de la afectividad como un segundo lenguaje ya que funciona en paralelo al sistema de información general, se distingue de éste último por ser más primitivo que la escala evolutiva del lenguaje verbal, además proporciona una amplia gama de contenidos positivos y negativos en lo que se refiere a dicha información verbal ya sea emitida o recibida. Por otro lado se hace mención de diversos canales no verbales que permiten la expresión de los afectos, como son: la dirección de la mirada y los movimientos oculares, la expresión facial, los gestos, el tono de voz y sus diversas modulaciones o cambios de la voz, los titubeos del habla,

los sonidos expresivos como la risa, el bostezo y los gruñidos, el contacto físico, los olores, y las posturas.

Igualmente, en el Diccionario de Pedagogía y Psicología (2001) se define a la afectividad como el conjunto de las reacciones psíquicas que el individuo enfrenta ante situaciones provocadas por la vida, ya sea por contactos con el mundo exterior, o por modificaciones del mundo interior, por lo que llegan a representar el dominio de lo agradable y lo desagradable, del amor y del odio.

Es importante recordar que aunque haya teóricos que refieran los afectos como si fueran emociones, sentimientos o pasiones finalmente convergen en un mismo punto, que es el de describir algún tipo de evaluación que hace el sujeto ante sus propios impulsos internos, ante eventos orgánicos o a estímulos ambientales.

Tal es el caso de Reeve (1994) ya que describe a la emoción dentro de un rótulo general en donde integra a los afectos, esto se corrobora cuando hace referencia a la emoción como un constructo psicológico en donde convergen y se desarrollan al mismo tiempo cuatro aspectos de la experiencia como son los subjetivos, fisiológicos, funcionales y expresivos y que además dan cuenta de la conducta emocional.

Por lo tanto, la autora de esta investigación afirma que estudiar los afectos es de vital importancia, ya que a través de ellos es como el individuo expresa y filtra las distintas experiencias que tiene, tanto en su mundo interno como externo; en el primero, desde un plano subjetivo afectará en su forma de percibir el segundo, y a la inversa el segundo influirá en el primero, lo que a su vez influirá en su forma de actuar, ya sea en un plano consciente o cuando no

se procesa en el pensamiento, será expresado de forma inconsciente, a través de un síntoma.

Cuando el sujeto logra conectarse con él mismo, lo hace también con su mundo externo, al hacerlo, aprecia lo agradable o desagradable en donde llega a ubicar los distintos matices de lo que percibe y siente, pero todo eso no se queda ahí, ya que al expresarlo al mundo externo a través de su lenguaje verbal o no verbal, da cuenta de eso que se denomina afecto.

Como ya se hizo referencia anteriormente, el concepto del afecto integra a las emociones, sentimientos y pasiones, en base a ello, se describirá por separado a cada uno de ellos, para entenderlos de acuerdo a su especificidad y su contexto, para luego integrarlos a su concepto general – Afectos.

2.1.1. Emoción

Para Wolf (1979) las emociones se definen como funciones reguladoras del organismo, y por lo tanto existen reacciones de urgencia que ayudan a descargar y a estimular las reacciones de defensa. Así mismo, a través de la emoción se logra la percepción de las relaciones como una experiencia afectiva y que permite que haya un alivio ya que ésta impulsa a realizar alguna actividad hacia un fin y de esa forma se libera la energía que se guarda, además de que permite al organismo tener reservas para ser utilizadas ante las reacciones de emergencia.

Para González Núñez (1988) la emoción puede ser definida como un estado en el que se desarrolla un cambio de ánimo brusco más o menos precipitado y pasajero.

Por otro lado dice que una emoción es parte de los afectos primarios.

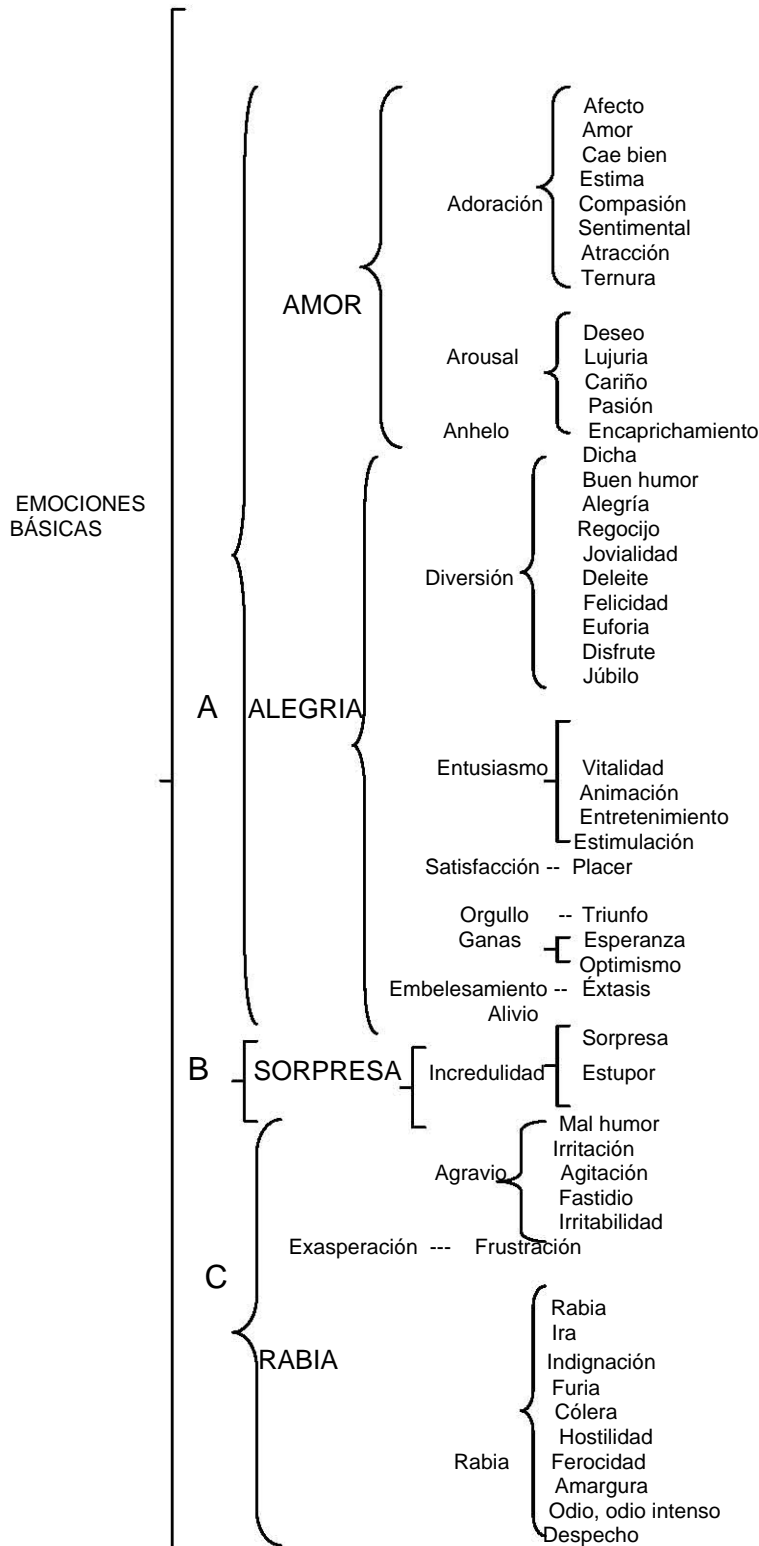
Feldman (1999) cita a Schere, (1984), ya que aporta una interesante descripción de las funciones que desempeña la emoción, en este sentido, menciona que la emoción ayuda a prepararnos para la acción, ya que ésta actúa como vínculo entre acontecimientos del medio ambiente y la respuesta que llega a presentar el individuo, de esta manera las emociones funcionan como estímulos que promueven respuestas más eficaces ante determinadas situaciones; las emociones proporcionan mejorar comportamientos posteriores, es decir que se logra aprender mejores respuestas a futuro, como por ejemplo ante algún evento desagradable el individuo evitará dichos eventos en el futuro, pero también podría ser el caso contrario, en donde al ser reforzado de forma positiva dicho evento, se buscarán experiencias similares en eventos futuros; por último, las emociones pueden servir como regulador de la interacción social, ya que a través del comportamiento verbal o no verbal, se da una comunicación que sirve como señal para la persona que observa y de esta manera puede comprender lo que le sucede a dicho sujeto, además que le permite predecir la conducta que podría tener.

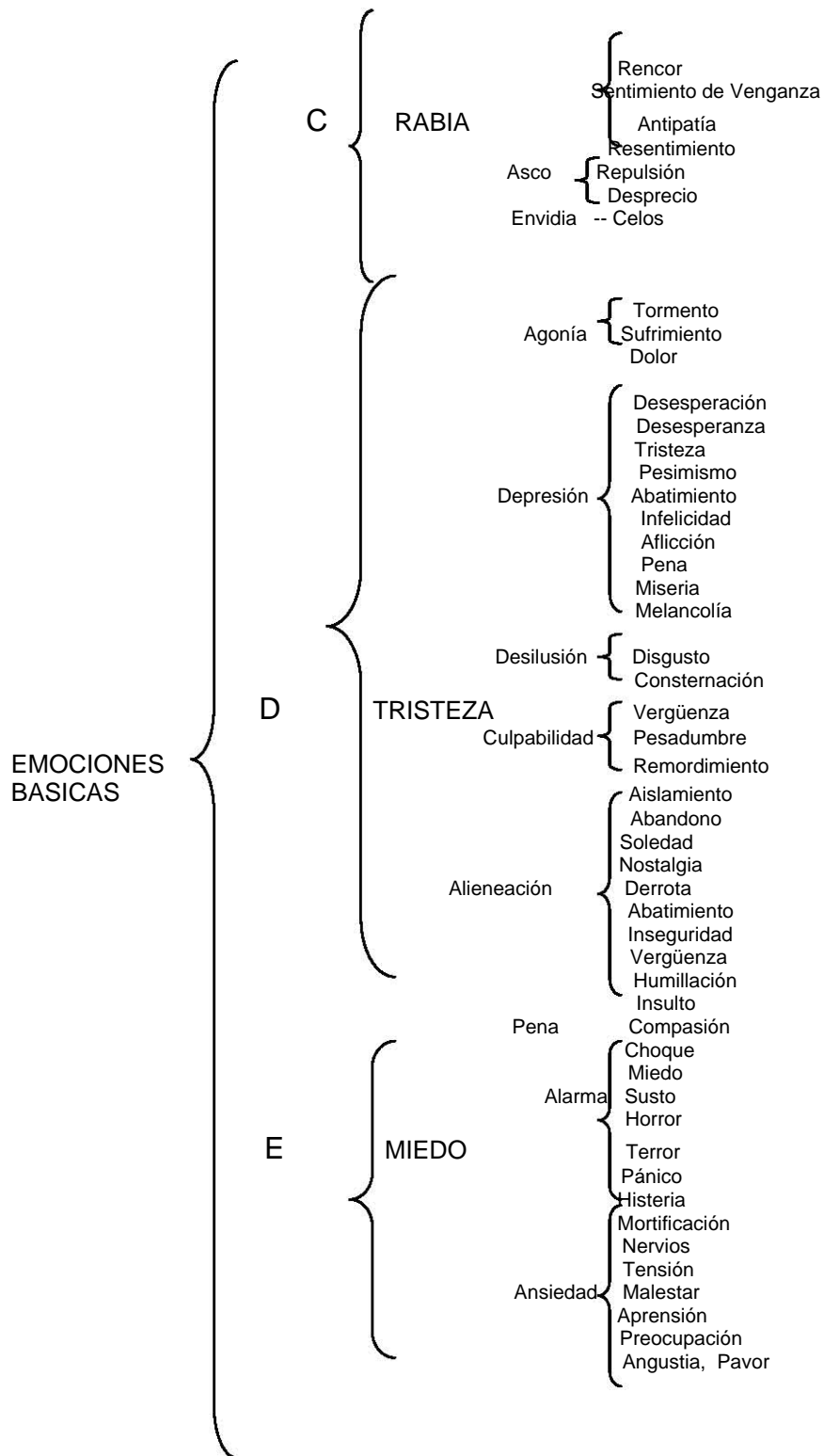
Del Barrio (2002) menciona que hay distintas perspectivas teóricas que se han encargado de abordar la conceptualización de la emoción, entre las que se encuentran: las teorías evolutivas, fisiológicas, neurológicas, genéticas, funcionalistas, psicodinámicas y cognitivas, dichas perspectivas subrayan distintos aspectos de las emociones, ya sea su secuencia de producción, la fuente de acceso para su estudio o la importancia dada a sus diversos componentes, sin embargo todas convergen en un punto, ya que admiten que

se está ante reacciones a determinados estímulos, cuya función es adaptativa, siempre y cuando no se den en exceso o por defecto.

Y por último, Reeve (1994) refiere a Lazarus (1966, 1968, 1982) ya que éste menciona, que cada emoción implica un tipo de evaluación más específica, dice que cuando el sujeto se encuentra ante algún objeto del ambiente, situación o ante diversos estímulos, éste realiza evaluaciones y al hacerlo percibe sus cualidades además de producir diversas emociones. Lo que resalta aquí es que para cada emoción se realiza una propia evaluación, de tal forma que se va detallando dicha emoción. Otro aspecto relevante que Reeve describe es la influencia de Lazarus, para la elaboración de categorías en las emociones.

A continuación se describen dimensiones de las experiencias emocionales a través de dichas categorías (Shaver, Schwartz, Kirson y O'Connor 1987 en Reeve 1994):





2.1.2. Sentimientos

El sentimiento es definido por González Núñez (1988) como un estado de ánimo superior, ya que es utilizado el juicio y la razón y obtiene así, cierta estabilidad y especificidad individual. El autor aclara que el grado de pureza de

los sentimientos depende de la subjetividad y de la capacidad comprensiva de cada ser pensante, además de que la propia tonalidad depende de las inclinaciones naturales subjetivas de la personalidad individual.

Palmero (1998) refiere al sentimiento como la experiencia subjetiva de la emoción. Y cita a Carlson y Hartfield (1992), ya que señalan el concepto, como la evaluación, momento a momento, en que el sujeto realiza cada vez que se enfrenta a un evento.

En el caso de la Enciclopedia de Psicología (2000) define a los sentimientos como estados afectivos estables y duraderos pero de poca intensidad y no refieren alguna activación fisiológica, entre ellos se encuentran la tristeza, la alegría, la satisfacción o insatisfacción, por lo que se pueden presentar de formas opuestas.

Y en el Diccionario Psicología y Pedagogía (2001).El sentimiento es definido como un estado psíquico que resulta de la excitación de un órgano sensorial. Como un estado mucho más elaborado que una sensación. Algunos autores lo consideran como un estado psíquico a la vez cognitivo y afectivo.

2.1.3. Pasión

Para González Núñez (1988) la pasión es un estado de ánimo que puede ser vista de diversas formas. Se le llega a visualizar como una perturbación o afecto desordenado; como una fuerte preferencia de una persona hacia otra; como un deseo con ímpetu, o también como objeto del deseo; así la pasión, se llega a percibir como un estado de ánimo intenso que involucra al intelecto, de gran persistencia y que en ocasiones puede volverse permanente. Por lo tanto, las pasiones contienen una gran impregnación sentimental, pudiendo

condicionar de forma intensa la vida de un individuo.

En la Enciclopedia de Psicología (2000) refieren a las pasiones como estados afectivos que son intelectualizados de forma intensa, ya que se les atribuye la magnitud tanto de las emociones como la duración de los sentimientos, es decir que una pasión se llega a elaborar inteligiblemente pero además con una elevada carga de componente emocional.

Heller (1980) en cambio, menciona que no se puede negar a las pasiones el atributo de su grandeza aún cuando se trata de pasiones alineadas, ya que si se analiza dicha grandeza, se puede observar en ella el aspecto de la entrega que se invierte, así dicha entrega es un tipo de implicación, es decir cuando un individuo se implica en una disposición emocional así, invierte toda su personalidad ya sea en una relación, en un asunto, en un proyecto o en el logro de un deseo, y en consecuencia lo motiva así a realizar u obtener algo.

De acuerdo a lo expuesto en este apartado se puede afirmar que la afectividad puede ser vista de diversas maneras, tal es el caso de su ubicación, como sería el de la visión orgánica que es detectada por las reacciones de las emociones; los sentimientos, en lo subjetivo cuando puede ser procesada a través de las funciones cognitivas, o las pasiones que se usa el intelecto pero también se combina con el componente emocional; y otro contexto que no puede dejarse de lado es la forma en cómo se llega a desarrollar la afectividad en cuanto a su grado tanto en su intensidad como en su duración, de esta forma su grado de menor a mayor es: emoción – sentimiento – pasión = afecto.

2.2. Visión de los Afectos

2.2.1. Psicológico

La afectividad es un estado de la conciencia o de la cognición que da a la vida mental una tonalidad de agrado o desagrado, de alegría o tristeza, de apacibilidad o angustia. No existe una absoluta unanimidad terminológica para señalar los conceptos referentes a la afectividad, ya que se considera lo equivalente al “estado afectivo”, el cual engloba tanto a las emociones como a los afectos o sentimientos como las pasiones y los estado de de ánimo o humor. Entre las características generales de la afectividad o de las experiencias afectivas se pueden ubicar las siguientes de acuerdo con la Enciclopedia de Psicología (2000):

a) Universalidad y subjetividad

Las experiencias afectivas tienen un carácter universal, pero a la vez son únicas e intransferibles en cada sujeto. Conceptos como amor o afecto son inmediatamente comprendidos, sin embargo resulta muy difícil describirlos. Cabe aclarar, que el carácter universal de las experiencias afectivas permite su comunicabilidad a pesar de las dificultades que existen para verbalizarlas. Por lo que un individuo puede llegar a reconocer su propia tristeza o la de otra persona por su apariencia y su tono de voz.

b) Polaridad

Existe una tendencia natural a agrupar las experiencias afectivas en parejas opuestas dentro de un modelo de solo una dimensión, al que se le puede asignar un polo positivo en el que se tiende a relacionar con lo placentero y un

polo negativo que se tiende a relacionar con lo displacentero. Un ejemplo de ello puede ser amor-odio, alegría-tristeza.

c) características diferenciales

Las experiencias afectivas pueden diferenciarse según sus matices o su diversidad, algunas de ellas se dirigen al sujeto desde un estímulo interno o externo, manifestándose como “reacciones” ante acontecimientos u objetos. Otras se dirigen desde el sujeto al exterior, las cuales se manifiestan como expresiones hacia estos acontecimientos u objetos, como por ejemplo, los afectos como el amor y odio.

2.2.2. Fisiológico

De acuerdo a la Enciclopedia de la Psicología (2000) la fisiología de las emociones es un campo en el que investigadores experimentales, se han dado a la tarea de encontrar el origen de las respuestas corporales de acuerdo a cada emoción, además de saber qué órganos o estructuras se ponen en funcionamiento en dicho proceso. Refieren dos teorías, por un lado, la Teoría de James Lange sobre la emoción, la cual permite entender a ésta como proceso, en donde se inicia con la percepción de un estímulo, el cual provoca una respuesta corporal y que a su vez ocasiona a la emoción; por otro lado, mencionan a la teoría de Cannon-Bard, que ha diferencia de la anterior, se produce simultáneamente la emoción y la respuesta corporal ante el estímulo percibido.

Así mismo hacen referencia que en la actualidad se conocen determinadas áreas del cerebro como el hipocampo, la hipófisis, amígdala e hipotálamo, todas ellas implicadas en las manifestaciones de distintas emociones.

González Núñez (1988) cita a Haller (1974) y menciona que todos los afectos se encuentran asociados con el aspecto fisiológico, es decir, que existe una especie de perturbación orgánica que se desata en todo el organismo, desde los receptores, músculos, glándulas, sistema nervioso hasta la química sanguínea.

Además, el mismo autor refiere que la vida emocional del hombre, se percibe así mismo, a través de las expresiones que se manifiestan, tanto interna como externamente, de e causa y efecto entre la sensación interna y su captación. Un ejemplo de ello, es observar “la carne de gallina”, respuesta dada ante la escucha de una pieza musical, en donde despierta un estado de ánimo determinado. Otro ejemplo es en el caso de que algunas personas sienten el amor en el corazón, o también llegan a sentir la angustia en el pecho; o cuando sienten el miedo en un vacío del estómago; cuando se enojan, llegan a sentir que les “hierve la sangre”, etc. Sin embargo en ocasiones, es difícil darse cuenta que el dolor sordo que se siente en el brazo izquierdo, por ejemplo, guarda relación con un hondo pesar amoroso.

Reeve (1994) describe desde una visión fisiológica, que las emociones son definidas reacciones netamente biológicas, que tienen la función de ser para el cuerpo, agentes movilizadores que actúan en forma específica ante determinados estímulos, además es claro que ante dichos estímulos el cuerpo se prepara para hacerles frente, así cuando por ejemplo algo nos produce miedo, en el cuerpo surgen diversos cambios como sería las acciones que realiza el sistema nervioso autónomo, como es que el corazón lata con una intensidad mayor, que la sudoración en las manos se haga más evidente y la respiración se precipite.

Por último, Del Barrio (2002), ubica al sistema límbico como la estructura que detecta la emoción, desarrollándose así, un recorrido secuencial, primero, se da una estimulación y ante ésta, se desarrolla la reacción perceptiva en áreas corticales, recorre desde el cortex, y es el tálamo, el responsable de transmitir la información al sistema nervioso autónomo, y éste a su vez, lleva el mensaje a la musculatura lisa y glándulas endocrinas, las cuales llegan a activarse para que se logre preparar al cuerpo para que reaccione en momentos de emergencia.

2.2.3. Psicodinámico

Green (1975) define al afecto como un término metapsicológico que agrupa a todos aquellos sucesos subjetivos que están relacionados con las cualidades de la vida emocional. El afecto es uno de los componentes de la representación psíquica de la pulsión, el cual está representado con contenido energético tanto de cantidad como de cualidad. De esta forma el afecto es una cantidad en movimiento, que se acompaña de una tonalidad subjetiva. Se logra hacer consciente cuando se descarga, o al momento de resistirse ante el aumento de tensión, generando así, el desarrollo de una resistencia.

Es importante mencionar que la metapsicología (Laplanche J. y Pontalis J. 1996) es el término que creó Freud para referirse a la psicología creada por él, denominada psicoanálisis, y en ella se desprenden los modelos conceptuales que son utilizados en este enfoque teórico.

González Núñez (1988) conceptúa el afecto como la expresión cualitativa de la pulsión y para describirlo en forma esquemática cita a Rapaport (1962), y

lo expresa de la siguiente forma:

1. El psicoanálisis toma como principio que hay pulsiones, las cuales son cargas de energía que en su inicio proceden del organismo en sí.

Se nace con cantidades de pulsión que busca su descarga desde el inicio del desarrollo. En los primeros años, el organismo tiende a descargarlo automáticamente, en un objeto que encuentra, a este proceso se le denomina proceso primario.

2. Además, se nace con ciertos canales de descarga, los cuales son innatos y al principio se encuentran indiferenciados, también contienen cierta intensidad para que sea percibida y permitir o no su descarga.

3. La cualidad del impulso es matizada tanto por el monto pulsional como por los canales innatos de descarga. Pero dicho impulso, a través de esos canales, buscan objetos, los cuales pueden ser animados o inanimados y que posean importancia psicológica para el sujeto.

4. En caso de que la descarga de la pulsión se vea frustrada en su medio o en su fin, el Yo elige su descarga a través de la acción, el pensamiento o los afectos.

5. De esta manera, la vida afectiva queda bajo el control del Yo, ya que es el que percibe los afectos.

6. Los afectos pueden ser controlados, reprimidos, motivados, o de cualquier forma, pero están bajo un control yóico que busca asegurar que la descarga se produzca.

7. De ahí que el control adecuado de afectos ayuda a predecir la conducta además de anticiparla antes de que se realice la descarga, o también, si el objeto en el cual lo va a hacer es el adecuado o no.

8. Cuando no hay objeto en que descargar dicha pulsión, el afecto que la acompaña llega a hacerlo en el propio cuerpo, de ahí el porque los afectos contienen componentes orgánicos, y es a través del Yo como éstos pueden ser percibidos, sentidos o incluso observados y medidos. Igualmente, se puede desplazar la descarga en otro objeto.

9. De esta forma, se sabe que es a través del Yo que los afectos son sentidos. Los canales y umbrales de descarga de los afectos son individuales, subjetivos y personales, los cuales se van ir formando a través de los modelos culturales que se tienen, sin embargo a pesar de ello no se pierde su aspecto personal.

10. La normalidad y la alteración de los afectos, desde el enfoque psicoanalítico, también puede ser vistos como alteraciones tanto de cantidad como de calidad.

Cuando son las alteraciones de cantidad será en la pulsión y en los canales de descarga, y cuando son en la calidad será en la modulación y control yóico.

En la evolución de los afectos, las estructuras psíquicas realizan una función importante; ya que poseen umbrales innatos que regulan las descargas pulsionales, sin embargo, esta función se fortalece a través de las demoras que son impuestas por la realidad, y progresa cuando esta capacidad de demora se internaliza. Así mismo la demora se accede cuando se modifican los umbrales de la descarga mediante las defensas, las cuales se convierten en los representantes de las pulsiones y para ello se hace un uso excesivo de los canales de descarga, así como de las propias cargas afectivas, por lo que dicha función se convierte en una válvula de seguridad, y de esta forma los afectos van evolucionando hasta que llegan a ser regulados a través del Yo

(González Padilla, Patlán y Reyes 1998). Otro aspecto que es importante mencionar es sobre la adaptación, ya que los afectos surgen precisamente para encontrar la adaptación, pero también es importante, la calidad de las señales de los afectos, ya que resulta tan indispensable para el funcionamiento del yo en lo que se refiere a la prueba de realidad.

Debido a la importancia que tienen los afectos para el funcionamiento yóico, así como su diversidad para que el individuo los experimente, González Padilla (1995) los agrupa en 4 áreas: Afectos que incrementan; Afectos que decrementan; Afectos que conservan al yo y Afectos relacionados con sus objetos.

Dentro del área en donde se encuentran los Afectos que incrementan al yo, agrupa aquellos que al experimentarlos, el funcionamiento yóico mejora. Así es cuando se tienen sentimientos de creatividad, los cuales permiten disfrutar de lo que se está realizando, además de que esto provoca sentirse original de lo que se hace o produce, y al hacerlo, a su vez puede generar que el individuo se sienta con éxito, y que cuando esto se logra, provean sentimientos de autosuficiencia, así como es que se sienta que se pueden cumplir las metas que se proponen, todo ello hace que se alimenten los sentimientos de confianza en uno mismo al grado de que el individuo lo vive con optimismo.

En el caso de los afectos que decrementan al yo, incluye aquellos afectos que provocan un conflicto en el funcionamiento yóico, debido al predominio de la pulsión agresiva. Dentro de estos afectos se encuentran, los que hacen que el individuo se sienta fracasado con su vida emocional, situación que puede generar que se sienta que pierde, que no cumple con sus metas, que fracase frecuentemente en su vida social, o con lo que realiza, como sería con sus

estudios; tiende a deprimirse, a que los demás lo defrauden, lo que pudiera propiciarle sentimientos de enojo con sus diferentes objetos de amor, como sería con su mamá, papá, hermanos o personas con las que se relaciona; y ante el temor de quedarse solo pudiera en un primer momento reprimirlo, pero cuando no lo logra, pudiera generarle, sentimientos de vergüenza, culpabilidad, arrepentimiento o tristeza. Pero también al no saber qué hacer con lo que siente, tenderá a aislarse, o a querer regresar a un espacio conocido, como es su casa. Habrá momentos en los que no tolere sus sentimientos de odio y agresión hacia los demás, al punto de proyectar que ellos son los que lo abandonan o desprecian, lo que pudiera generarle sentirse con rencor y desprecio, al grado de que no pueda controlar su coraje por los demás. Los individuos cuando se encuentran en estos estados afectivos se les dificulta descentralizarse de su egoísmo, al punto de concentrarse en su avaricia e indiferencia ante lo que le suceda a los demás, y buscará por lo tanto, satisfacerse así mismo y cuando requiera obtener un beneficio de los otros, será hipócrita y cuando no lo satisfagan, se sentirá incomprendido, humillado o con fastidio. Habrá momentos donde se siente con amargura o dolor, ante eventos de continua frustración.

En los afectos que conservan al yo, la misma autora integra aquellos afectos que permiten una mayor adaptación del sujeto tanto de su mundo interno como externo, los cuales les provee un equilibrio. Dentro de estos afectos se encuentran todos aquellos que están relacionados con los valores humanos como son la comprensión y tener un trato justo a las persona, el ser honesto al sentirse que es sincero con ellos; el de ser respetuoso, y cuando sabe que está en un error buscará corregirlo; así mismo le gusta sentirse que

puede admirar a los otros por lo que busca agradar a través de su simpatía, también le gusta ser justo bondadoso o compartido con ellos; hay momentos en los que requiere de tener paciencia y lo asume con convicción; tiene la necesidad de ser leal o noble con las personas con las que se relaciona y sabe en qué momento agradecer, o en qué momentos perdonar, por lo que se siente con la libertad de tomar sus propias decisiones. Son personas que tienden a acatar las normas o reglas en forma obediente, sin caer en el desafío.

Dentro del área de los afectos relacionados con sus objetos, finalmente hay afectos que son depositados hacia personas importantes del individuo y hacia sí mismo, como consecuencia de esa relación con el otro, llega a proveerle seguridad en sí mismo, tal es el caso de que ya sea que se encuentren solos o con los otros puede sentirse acompañado, así también siente que puede confiar en ellos. Son personas que por lo regular tienden a ver la vida con optimismo a tal grado de poder disfrutar de la felicidad, por lo que tienden a sentirse contentos tanto con su primer objeto de amor que es la madre, como con los otros, esto promueve que se enamoren, sienta amor, cariño y gran aprecio hacia su pareja, familia y amigos, ellos saben que son sinceros con sus sentimientos. Llegan a sentirse motivados y satisfechos con lo que hacen y tienen, por lo que buscan metas que superar.

Se retoma a González Padilla, Patán y Reyes (1998) ya que refieren a Glover, (1939) él cual afirma, que los afectos pueden ser clasificados en forma cualitativa o subjetiva, agrupados de acuerdo a la pulsión o componentes pulsionales del cual se desprenden, así mismo el que se consideran fijos o cambiantes, ya sea afectos primarios y secundarios, positivos y reactivos,

también como fenómenos de tensión y descarga, como afectos simples y compuestos, mezclados o fusionados

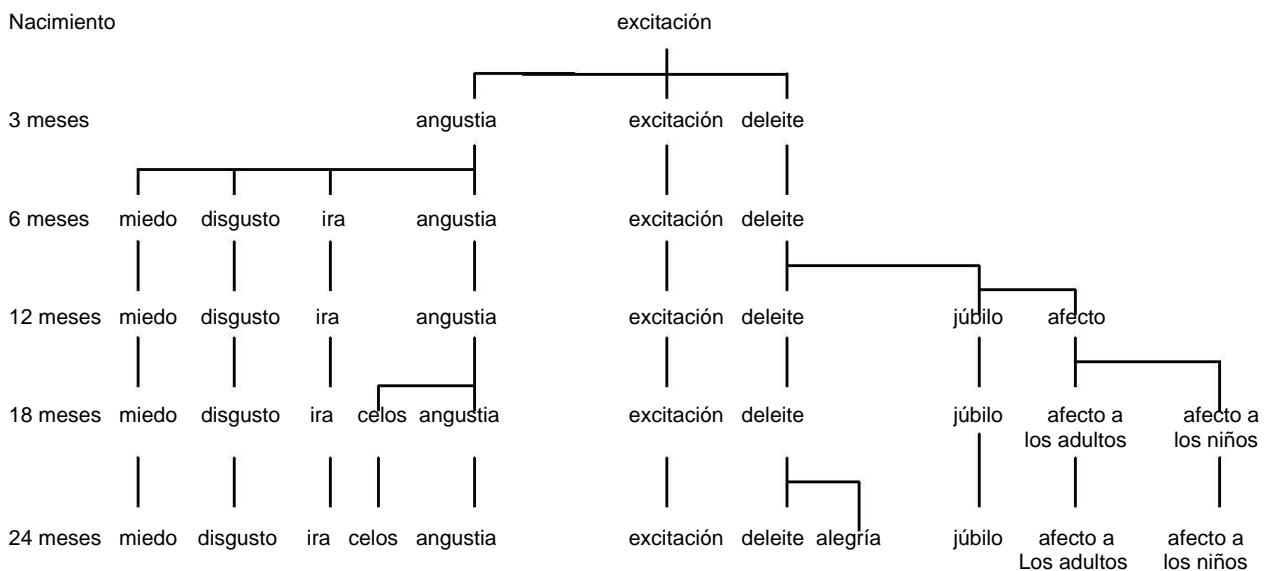
Así mismo mencionan que los afectos se originan a causa de las tensiones internas ya sea entre el Ello y el Yo o también entre el Yo y Superyó, independientemente de que los afectos son experiencias que se vivencian y se desarrollan en el Yo. Los afectos pueden estar representados por la tensión producida en el Ello, como sería por la excitación sexual; pero también pueden resultar directamente de las tensiones producidas en el Yo, como el miedo de la realidad, el dolor físico; sentimientos de amor y odio o también, los afectos simples y compuestos que llegan a producirse por las tensiones entre sistemas.

De acuerdo con lo antes descrito, se afirma que los afectos son un aspecto fundamental en la vida del individuo, ya que si se dice que es la representación de las pulsiones libidinales y agresivas, éstos están presentes en el transcurso de la vida del ser humano y son determinantes en su propio comportamiento, por lo que es indispensable conocer, entender y tolerarlos, para llegar a percibir y sentir la tonalidad subjetiva real, y de esta manera lograr procesarlos por vía consciente y no inconsciente, ya que ésta última produce resistencias y síntomas. Además es indispensable que desde el inicio de su formación, se fortalezca la función de las estructuras psíquicas, que al ser válvulas de seguridad, permiten regular el manejo de los umbrales de descarga pulsional, debido a que el Yo ha internalizado la demora impuesta por la realidad, y por el uso de sus propias defensas, que llegan a representar las pulsiones, de ahí que se vaya aprendiendo a domar los afectos para que se llegue a una

evolución en su manejo.

2.3. Evolución de los afectos

González Núñez (1988) menciona que por lo general se parte de que los afectos son fundamentalmente aprendidos, por lo que cita a Haller (1974) donde ofrece un cuadro evolutivo de acuerdo a las emociones de Briges, en el cual muestra una evolución de los afectos que aparecen hasta los 24 meses de edad, y está representado esquemáticamente de la siguiente manera:



Así mismo menciona que el hombre aprende, combina y sienten de forma emocional y cognoscitiva nuevos afectos durante toda su vida.

Del Barrio (2002) refiere que las emociones al igual que cualquier conducta se constituyen de forma evolutiva, esto lo pudo comprobar a través de diversas investigaciones centradas en discriminar vivencias de la conducta del niño, y de las cuales tomó en cuenta algunas características, como es la actividad facial,

circulatoria, corporal y vocal; y en ambientes donde se les presentó estímulos visuales, auditivos, gustativos y táctiles. Se utilizó mediciones muy precisas en la investigación para garantizar los resultados. Este autor, resalta las investigaciones de Bridges (1936), en las que se registran tonos de voz, movimientos corporales, cambios de color facial y gestos faciales, los niños evaluados tenían edades de fluctuaban de un mes hasta 5 años. Esta investigación fue aplicada durante largos periodos de tiempo, y con resultados sorprendentes, ya que se constató la evolución que se da en las emociones, desde las primeras semanas se observó en el niño una excitación indiferenciada que se va concretando en forma positiva. Así mismo se observó periodos de relajamiento del tono muscular, gorgorismos y movimientos desordenados, los cuales se van integrando al agrado; en forma negativa se observó tensión muscular, cambios respiratorios rápidos, enrojecimiento en la piel, temblores musculares y llanto, integrándose así al desagrado. De esta forma se encontró que se logra el desarrollo de los polos emocionales en forma diferenciada, a partir de los 3 meses; las emociones como el miedo, la ira, el disgusto, los celos, la alegría, la excitación, el afecto y el júbilo, fueron apareciendo paulatinamente y consolidándose cerca de los dos años.

El autor plantea que la evolución emocional infantil en relación a la edad con las experiencias y el reconocimiento de ellas, se desarrolla de la siguiente forma:

De los 0 a 12 meses se encuentran las experiencias de emociones básicas; de los 6 a los 12 meses, empieza el reconocimiento de la expresión de emociones básicas con respecto a la figura materna; de los 18 meses a los 2 años existen las experiencias de emociones secundarias; de los 2 a los 3 años

hay un etiquetado verbal de las emociones básicas; de los 3 a los 4 años hay un reconocimiento del estado de ánimo propio; de los 4 a los 5 años se logran reconocer la estimulación de las propias emociones básicas; de los 6 a los 7 años hay un reconocimiento discriminativo de las emociones propias y de los otros; y a los 7 años se va teniendo el conocimiento de las emociones propias y ajenas que se encuentran totalmente establecidas.

2.3.1. Evolución de los afectos desde un punto de vista Epigenético

Para González Núñez (1988) los afectos pueden ser visualizados desde el punto de vista epigenético del Yo, supone que la conducta del individuo es global, en que la personalidad actúa como un todo integrado, y que para llegar a dicha integración se ha pasado por diversas fases de desarrollo, las cuales no siempre corresponden a la edad cronológica, ya que cada fase tiene su propia dificultad, y su propia tarea interna que cumplir, es decir que sólo si se cumple adecuadamente la tarea propia de esa fase, se puede llegar a la que sigue. Al describir la epigénesis de los procesos, los sucesos se integran a ellos, ya que se engranan a dichos procesos que favorecen o retardan el proceso evolutivo global.

Así mismo, refiere que epigenéticamente estos procesos evolutivos, se dan en una interacción necesaria entre las tareas internas a realizar y las tareas externas o ambientales que provienen de la cultura del sujeto.

Por lo tanto comenta, que los afectos nacidos de las pulsiones son canales innatos de descarga y que bajo un control yoico sufren un proceso en el que se someten a un desarrollo a lo largo de la vida y pueden manifestarse de forma consciente, preconscious o inconsciente.

Por otro lado, González Padilla (1999) puntualiza que los afectos van evolucionando de acuerdo al desarrollo del individuo, en base a ello, realiza una clasificación (1996) del desarrollo epigenético de los afectos, y se basa en las etapas de Erickson (1968), de esta forma a continuación se describen:

Durante la primera etapa de vida, los sentimientos que dominan y son definitivos, son la confianza o la desconfianza, y de ellos se desprende cómo estará conformada la autoestima. Es por ello que los 11 primeros meses de vida adquieren una vital importancia, ya que el niño tiene la necesidad de sentirse amado, acariciado y apapachado. A pesar de que los bebés tengan cubiertas las necesidades de comida, limpieza y abrigo, también necesitan del contacto de la piel, tomarlos en brazos y hablarles. En esta etapa el niño se encuentra para recibir, ya que aún no tiene la capacidad de dar. Al nacer o poco después el niño empieza a distinguir entre el malestar y la excitación, de esta forma empieza a desarrollar algunas de sus emociones como son la angustia, el deleite, el miedo, el disgusto, júbilos y afectos.

En la segunda etapa, del año y medio a los tres años aproximadamente, se desarrollan los sentimientos de autonomía o la vergüenza y duda, periodo que se asocia a la etapa anal del desarrollo y en consecuencia con la adversidad que conlleva el control de esfínteres. El niño comienza a percatarse de que puede dar, y que puede controlar, esto lo lleva a ejercitar la fuerza de voluntad, y también atreverse a demostrar sus afectos de alegría y júbilo, por lo que se requiere que sean afectuosas las personas que lo rodean, así como propiciar un ambiente familiar congruente. Otro aspecto indispensable es la actitud de los padres, ya que es más fácil desarrollarse en un ambiente de flexibilidad que en uno con rigidez, al mismo tiempo que se le deben de establecer límites al

niño, los cuales tienen que respetarse y cumplirse, así como el que desarrollen respeto a las personas; la forma en que se realice esta tarea graduará el afecto que el niño desarrollará. Si dichos límites son justos y realistas, será la forma en que el niño elija protegerse a través del cuidado y amor. Sin embargo la exigencia inflexible y rígida de dichos límites dificultará el desarrollo del afecto de ternura en esta etapa.

En la tercera etapa se desarrolla la Iniciativa o la Culpa, es al final del tercer año el inicio del conflicto. En esta etapa, el niño ya ha logrado un caminar cómodo y seguro; el lenguaje se ha hecho más claro; las actividades del niño se multiplican mediante la intuición, forma de pensar que corresponde en el estadio fálico. El niño pudiera llegar a sentir impotencia ante determinada experiencia frustrante, sin embargo al no saber canalizarlo, se transformaría en sentimiento de enojo, y posteriormente sentirse con culpa. Si estas experiencias las lleva a la imaginación, pudiera provocarle susto ante lo que sueña o piensa. La importancia de éste etapa radica en que el niño si tiene el ambiente propicio, tendría la oportunidad de que desarrolle la iniciativa sin temor a la culpabilidad.

La cuarta etapa, llamada también de juego, se desarrolla de los 4 a los 6 años, el niño dirige su voluntad hacia un propósito. De esta manera, el niño busca hacer y deshacer, construir y destruir, componer y descomponer, al experimentarlo le da la opción de adquirir seguridad. Los afectos en este periodo, tienen la finalidad de resolver el conflicto amoroso que representan sus progenitores, los afectos positivos, como la ternura, el amor, el júbilo y la simpatía, juegan por lo tanto un papel fundamental, debido a que la cercanía con los padres viene a asegurar la identificación.

La quinta etapa es la llamada escolar, que va de los 6 a los 12 años, en ella se desarrolla la Industria o la Inferioridad. Lo que se espera en esta etapa es que se adquiere la autonomía necesaria para ser responsable, coopere en grupos, y desarrolle su interés en aprender. Por otro lado el niño empieza a distinguir lo que es su familia, de lo que pertenece a su grupo social. De la forma en como aprecie y se dirija en forma afectiva hacia sus cosas o hacia sus relaciones será el aprecio y el sello de sus afectos en esta etapa.

En la sexta etapa se desarrolla la Identidad o la Confusión de rol, dándose de los 12 a 16 años aproximadamente, es la llamada adolescencia, y en la que se llega a una crisis en donde las etapas anteriores se cuestionan, y por lo tanto es la denominada “crisis de identidad”.

Debido a ello el adolescente se vuelve egoísta, solitario, de carácter cambiante, como es el de estar feliz, y de repente enojarse. Dependerá de la resolución de la crisis de Identidad, así como de la aceptación de los padres en relación a su separación e independencia, para que desarrolle los afectos que van a predominar en su vida.

En la séptima etapa, se desarrolla la intimidad o el Aislamiento, se espera del adulto joven que adquiera el manejo del amor, comience a realizarse, aprecie su intimidad, la amistad profunda, así como integrar el sexo y el amor. Cuando la persona ha adquirido todo ello, se puede hablar que ha logrado ser madura, esto le permite buscar trascendencia de su ser, pero además en el plano de los afectos se espera que los ejercite de forma abierta y hacia un estado de bienestar, ya no en un proceso de ensayo o con expresión reservada, ni de forma selectiva hacia figuras significativas, a sus relaciones interpersonales o de pareja. Cuando la persona no logra desarrollar lo anterior

se verá limitado en sus logros y obligado a desarrollar exclusivamente relaciones estereotipadas así como experimentar sentimientos de profundo aislamiento, por lo que es vivida de forma insostenible y en consecuencia con demasiada angustia, o también vivida de forma peligrosa para sí mismo.

En la octava etapa se desarrolla la Generatividad o el Estancamiento, Se espera que las personas sean productivas, creativas, y que lleguen a consolidar y cuidar a su familia, amigos y trabajo. Cuando todo esto se logra, el individuo puede desarrollarse plenamente tanto en el plano de sus relaciones interpersonales como en el productivo, ya que se encuentra en condiciones de proyectarse en su totalidad. Además, el adulto joven que ha practicado el cuidado, genera cariño, amor, ternura y alegría. Sin embargo a falta de estos sentimientos se produce el estancamiento, el aburrimiento y el empobrecimiento interpersonal.

En la novena y última etapa, se desarrolla la Integridad o la Desesperación, es la culminación de todas las etapas, en donde lo ideal es haber integrado todas ellas, lo que se espera es que el sujeto que llega a ella, desarrolle la confianza, seguridad, armonía, espiritualidad y orden, de esta manera le permite repartir todos sus frutos, es decir que al estar satisfecho y feliz con una vida plena y amorosa, el individuo vive más consciente y pleno y eso se traduce en la trascendencia y los valores supremos del amor, bondad, paciencia y todo lo que significa la sabiduría. Este estadio corresponde la aceptación del sí mismo tal como uno es, en el cual se llega a una especie de filosofía de vida y de muerte, en el que la vida afectiva sostiene toda la vida psicológica e impregna la personalidad, debido a que participan todas las elaboraciones intelectuales y la actividad en general.

La misma autora aclarar que así como existe el desarrollo normal de los afectos, también existe una alteración de ellos.

2.4. Alteración de los afectos

Wolf (1979) menciona que las alteraciones de los afectos se pueden presentar cuando las formas de reacciona de un individuo ante la frustración trae consigo una dificultad para integrar los conflictos generados en la estructura de su personalidad, y que cuando esto sucede llega a desequilibrar al organismo, de tal forma que ejerce una gran influencia sobre dicha personalidad, estas frustraciones pueden darse ante la falta de satisfacciones básicas, ante alguna alteración corporal, ante la percepción de una falta de afecto o por el fracaso de conseguir lo que se persigue. Esto se llega a manifestar cuando la agresión que se genera por dichos conflictos va dirigida ya sea contra otra persona o contra uno mismo. Y es así como ante la experiencia frustrante aunque llega a ser inconsciente, la agresión aparece abierta en forma de neurosis.

Para el autor el afecto es en sí un trastorno del organismo, ya que causa un desequilibrio en él. Sin embargo el valor que tenga y la repercusión, marca la diferencia ya que cuando logra ser positivo y constructivo no llega a alterar, pero cuando es negativo o destructivo es cuando sucede dicha alteración. De esta manera el afecto crea un estado anormal, en donde encuentra una salida aparentemente adecuada, y se fija en conductas anormales por largos periodos formándose así la neurosis, pero si dicho afecto se reprime o se dirige en forma inadecuada puede provocar la psicosis.

Otro aspecto que refiere el autor como la base de la conducta anormal y

neurótica es la ambivalencia, y esta se refiere a dos afectos opuestos que aparecen al mismo tiempo, como es el ejemplo del amor y el odio. Es importante hacer notar que dicha conducta se llega a interpretar en la vida cotidiana como algo normal. Lo importante es hacer una diferencia de hasta dónde puede verse normal o hasta donde anormal, y esto radica en la periodicidad, intensidad y calidad con la que desarrolla el individuo dicho fenómeno, además de cómo se diferencia su conducta en relación a sus propios rasgos de personalidad.

Además aclara el autor que dichas diferencias de intensidad se refieren en relación a la variación de un afecto a su opuesto, así como de la manifestación normal a otra que es la anormal. A continuación se describirán estados afectivos que en un momento pueden ser normales y que al intensificarse llegan a un grado anormalidad:

La simpatía que al intensificarse se puede convertir en una fijación.

El amor que al darse en forma excesiva hacia la fascinación, se desarrolla en forma anormal.

El afecto de la antipatía que en su grado extremo se convierte en fobia.

Cuando se tiene aversión a algo o alguien produce repugnancia, pero al irse al extremo se convierte en horror.

El miedo que se da como un afecto normal se llega al extremo de desarrollar la angustia, a tal grado que el individuo se altera.

La felicidad que es un afecto muy buscado, cuando se exagera en su intensidad se vuelve una manía.

Cuando se desarrolla el júbilo al irse hacia el otro extremo se convierte en agitación.

Cuando se siente la infelicidad, y se vuelve crónica llega a desarrollarse la melancolía.

Cuando se llega a sentir cólera, y se desarrolla su intensidad se convierte en rabia.

La sorpresa que es normal al intensificarse se puede desarrollar el espanto.

Al realizar una actividad, ésta puede volver al sujeto un estado de agitación y alterar así su sistema nervioso.

La agresividad que el sujeto llega a sentir puede convertirse en sadismo.

La calma que se llega a tener ante la vida puede convertirse en la apatía.

La sumisión que una persona presenta puede ser tal que se llega al masoquismo.

Los actos impulsivos que el individuo realiza evitan que piense y experimente sus emociones y cuando lo realiza en forma crónica se vuelven actos compulsivos.

La inhibición que el sujeto llega a tener de sus afectos puede llevarlo a un estado de parálisis e interferir con su forma de vida.

Los sentimientos de duda pueden llevar al sujeto al extremo de preocupación y que le afecte en su vivir cotidiano.

La suspicacia permite estar alerta ante determinadas situación pero al intensificarse ésta se convierte en ideas de persecución.

La autocrítica que se llega hacer uno mismo puede ser constructiva, pero en extremo puede convertir al sujeto a tener una conciencia pobre de sí mismo.

La modestia puede ser para el sujeto algo normal pero en su extremo se llega a convertir en un complejo de inferioridad.

La confianza en sí mismo hace sentir al individuo con fortaleza para hacerle frente a la vida, pero al desarrollar el sujeto la seudoconfianza ésta se convierte en megalomanía.

La autoprotección que desarrolla el sujeto ante experiencias que requiere, en su extremo puede volverse una defensa neurótica.

Es un hecho que la forma en cómo sean manejados los afectos tendrá repercusiones en la vida del sujeto; cuando los experimenta con diversos matices y los afronta de una manera que le permite tolerarlos, aceptarlos o disfrutarlos, dicho individuo tiene ya un camino ganado, en el sentido de que los afectos fluyen con cierta estabilidad y su personalidad logra integrar los conflictos que enfrenta, llevándolo así, a una vida más plena. Pero en el caso contrario, en donde el individuo no logra visualizar sus experiencias conflictivas de manera integral, ya sea por su dificultad para enfrentar sus propios afectos, por percibir de forma frustrante y distorsionada a tal punto que los lleva a actuar de manera inmediata e irreflexiva o porque el uso de dichos afectos se hace constante y con intensidad excesiva, es evidente que dicha situación propicia una alteración en el manejo los afectos llegándolos a vivir de forma distorsionada y por ende afectar la propia personalidad, generando así una psicopatología mayor.

De esta manera cuando se presenta una situación conflictiva y crónica como es el caso del TDAH, los afectos que se desarrollan entre madre e hijo pudieran verse alterados, debido al comportamiento del niño y a la reacción habitual de la madre, situación que hace que los afectos sean manejados con una periodicidad, intensidad y calidad extrema, de tal manera que pudiera generar un grado patológico. Tal es caso del miedo extremo, al no haber un

soporte en la estabilidad emocional, provoca que se viva con mucha angustia, reflejando cambios de comportamiento frecuentes; al no modular el júbilo ante el control de sus impulsos, el niño tiende a la agitación y a la compulsión de sus conductas hiperactivas. Al no encontrar respuestas de mejoría en forma rápida, esto puede ser vivido con frecuente frustración, lo que pudiera llevarlos a situaciones de mutuo rechazo, así como a sentimientos de culpa, esto, unido a las reacciones de rechazo que se dan fuera de la familia, produce una infelicidad crónica al grado de vivirlo con melancolía. Así mismo, cuando se les dificulta la comprensión de sus propias conductas, pudieran provocarles enojo, al extremo de convertirse en rabia.

Ante esto, hay una tendencia a canalizar dicha energía agresiva en conductas sádicas, en el caso del hijo cuando realiza conductas disruptivas, o la madre, al reprocharle su comportamiento caótico, que al desesperarse pudiera hablarle en un tono hiriente, recordándoles sus conductas negativas, no hay una sintonía afectiva y no se encuentra la contención necesaria. Por otro lado, la incertidumbre en la que vive el hijo al no tener una estructura de personalidad estable, le puede producir sentimientos de espanto, o también dicha incertidumbre puede generarle una inhibición en sus propios sentimientos, al grado de paralizarlo en su vida afectiva, en el caso de la madre ante la incertidumbre de no saber que va a pasar con su hijo afectado, puede llegar a negar sus propios afectos. Al vivir la desconfianza por la dificultad de proporcionarle una estabilidad emocional, la madre vive su suspicacia al grado extremo de convertir sus ideas de forma persecutoria, en donde pudiera preocuparse por ser vista como una “madre muy mala”, y en esos momentos no logra visualizar la importancia de darle el soporte necesario al hijo, todo ello,

traduciéndose en cuestionamientos de lo que debería o no debería hacer, o si lo que hace está bien o mal. Para ajustarse a las exigencias de la propia realidad, al no cumplir con ellas, esa actitud sumisa se convierte en masoquismo, un ejemplo de ello es la dificultad del niño y la madre, de ajustarse al rol que juegan dentro de la escuela, al grado de dejarse llevar por lo que dice el grupo para ser aceptados. Al vivir experiencias dolorosas el hijo y la madre, ante el manejo de dicho trastorno, puede generar en ellos una autoprotección excesiva al grado de utilizar en forma frecuente sus defensas neuróticas.

Y es por ello que esta investigación va dirigida a explorar los afectos de las madres con hijos con este tipo de trastorno, debido a que la alteración afectiva descrita, dificultan que se conecten afectivamente con ellos y por ende no puedan enseñarles a que reconozcan y modulen sus afectos. Hay que recordar que en condiciones más adaptativas, las madres logran promover en sus hijos un aprendizaje en la modulación y manejo de sus afectos, y en el caso contrario cuando los hijos viven un padecimiento crónico, impide que dicho manejo sea adecuado, lo que genera que se agrave aún más la situación conflictiva, sin encontrar una opción más alentadora.

Por lo tanto, lo anterior refleja una afectación tanto en el manejo de los afectos como en el vínculo afectivo, y es por ello que se revisa a continuación las características principales de la vinculación afectiva.

3. LA MADRE CON HIJO CON TDAH. SU VINCULACIÓN AFECTIVA

LA MADRE CON HIJO CON TDAH. SU VINCULACIÓN AFECTIVA

3.1. Concepto Vinculación Afectiva

El diccionario de Psicología y Pedagogía (2001) define al vínculo como la unión que existe entre un sujeto y un objeto tanto animado como inanimado, el vínculo de un individuo se forma a través de la interrelación que se tiene con otros individuos, además de que constituye un factor indispensable para formar las pautas de conducta, así como de la personalidad en su totalidad.

En el caso de la vinculación, la Enciclopedia de la Psicología (2000) la define como la relación que se establece entre los individuos, hay vínculos familiares entre las personas la conforman. Cuando se habla de vinculación afectiva, se desarrolla, dentro del seno familiar o fuera de ella, pero en donde se mantiene una relación con sentimientos positivos mutuos. Cuando se analiza el origen del vínculo infantil, hay que considerar una serie de aspectos esenciales, como sería el contacto corporal, la familiaridad, o el temperamento. En el caso de que se tenga una vinculación segura puede promover confianza, competencia social y un buen desarrollo de en la autoestima; en el caso de una alteración en el vínculo se pueden generar una serie de trastornos desde el aislamiento, trastornos del desarrollo, de la personalidad, o hasta posibles alteraciones psicopatológicas.

Bolwby (1986) define a la vinculación afectiva como el resultado de la conducta social, llamada conducta de apego, que tiene una persona para establecer una relación con otra, en donde es ampliamente reconocida y con características particulares, como sería la tendencia a permanecer próximos, así como realizar conductas para mantener o conservar dicha proximidad. Por otro lado, muchas de

las emociones humanas llegan a surgir durante la formación, el mantenimiento, la ruptura y la renovación de los lazos afectivos, los cuales se definen como vínculos emocionales.

Por lo tanto el vínculo es una conducta social denominada apego, que es propia del individuo para establecer un vínculo afectivo, que es la forma en como se relaciona un individuo afectivamente con sus figuras que le son significativas, la cual se manifiesta a través de conductas que tienden a la proximidad con dichas figuras y que perdura durante la mayor parte de la vida.

3.2. Teoría de Apego

Bowlby (1969) comenta que para comprender la reacción que tiene el niño ante la separación o pérdida de la figura materna, se requiere entender cómo es el vínculo de dicha figura. De esta manera el autor parte de su hipótesis sobre la naturaleza y origen de los lazos infantiles, donde puntualiza que : “el vínculo que une al niño con su madre es producto de la actividad de una serie de sistemas de conducta, cuya consecuencia previsible es aproximarse a la madre”, el autor aclara que no se sabe con exactitud el progreso del primer año debido a la variabilidad en el índice de desarrollo que tienen los niños, sin embargo una vez que se inicia el segundo año, por lo regular se advierte una conducta característica que refleja los vínculos de apego ya creados, de esta manera en esos momentos la mayoría de los niños se les activa con cierta facilidad dichas conductas, especialmente en los momentos del alejamiento de la madre o también cuando surgen experiencias que producen algún temor. Por el contrario las situaciones que interrumpen el funcionamiento de dicho sistema, son diversos aspectos que

tienen que ver con la madre, como sería el sonido, la vista o el contacto físico con la madre. Se cree que dichos sistemas continúan su activación hasta los tres años, de ahí en adelante, dicha activación se vuelve más imprecisa en los niños, ya que experimentan otro tipo de cambios que dan como consecuencia que sea más predecible la proximidad de la madre.

Por otro lado en la adolescencia, así como en la vida adulta surgen otros cambios, como es el caso de las figuras hacia las cuales se les dirigirá dicha conducta.

Cabe aclarar que, el autor en su hipótesis aclara que en las etapas evolutivas en que se desarrollan dichos sistemas de conductas existen pautas de conducta para lograr el apego, como es el caso de la succión, aferramiento, el balbuceo, seguimiento, llanto, sonrisa y además, que entre los nueve y los dieciocho meses llegan a quedar incorporadas en sistemas complejos con metas corregidas, dicho sistema se organizará o activará de tal forma que el niño obtenga dicha proximidad.

En otro momento Bowlby (1986) cuando habla sobre la formación y pérdida de vínculos afectivos, refiere a la Teoría de Apego, como la propensión que muestran los seres humanos para establecer sólidos vínculos afectivos con otras personas determinadas, pero también, a través de dicha Teoría se puede explicar cómo se desarrolla dichos vínculos o también dar tratamientos a las diversas formas de trastornos emocionales, a alteraciones de la personalidad, así como a la ansiedad, la ira, la depresión, o el alejamiento emocional que pueden ser ocasionados por separaciones involuntarias o también la pérdida de algún ser querido.

Así mismo, el autor menciona que un punto central de su tesis, es la existencia

de la relación causal entre las experiencias que tiene un individuo con sus padres y su posterior capacidad para establecer vínculos afectivos, en donde hay una variación en dicha capacidad, la cual se llega a manifestar en problemas conyugales, conflictos con los hijos, o también a través de síntomas neuróticos y trastornos de la personalidad.

También resalta la existencia de determinadas variaciones en el modo en que desempeñan los padres sus roles. Todo ello lo pudo observar a través de variables que se midieron, como el averiguar si los padres del niño proporcionan una base segura, además promover una exploración a partir de ellos mismos. Todo ello implica primeramente, el contar con una comprensión intuitiva en lo que se refiere al comportamiento de apego de un niño, independientemente de una buena disposición a satisfacerlo y por el otro, reconocer que una de las fuentes más comunes de enojo o ira por parte del niño es la frustración de su deseo de amor y cuidados, y que su ansiedad proyecta, por lo regular una incertidumbre acerca de si podrá continuar con esa disposición de sus padres.

La Teoría de Apego intenta dar una explicación a la conducta de apego, así como los apegos perdurables, que tanto los niños como otros individuos establecen con determinadas personas. Hace una distinción entre el apego y la conducta de apego. Por un lado el apego lo refiere cuando un individuo, ya sea en la etapa temprana de vida como en cualquier otra, tiene la predisposición y preferencia de buscar proximidad y contacto con un individuo determinado; y en el caso de la conducta de apego la refiere como cualquier forma conductual que el individuo adopta para obtener o mantener dicha proximidad (Bowlby, 1989). De esta manera cuando la conducta de apego se manifiesta en diferentes

circunstancias y con una gran diversidad de individuos, el apego duradero está limitado a unos pocos individuos.

El autor hace referencia a un concepto básico que contiene dicha teoría, como es el sistema conductual, el cual, es análogo al sistema fisiológico, en donde éste último, está organizado de una forma homeostática, para asegurar una determinada medida fisiológica y lograr mantenerse dentro de los límites propicios. En el caso del concepto del sistema conductual, la homeostasis puede observarse cuando el niño, mantiene su relación con su figura de apego, dentro de ciertos límites de distancia y accesibilidad, dichos límites mantenidos a través de conductas.

3.2.1. Ontogénesis del vínculo afectivo

Para que el niño pueda desarrollar los sistemas conductuales relacionados con el apego, se necesita una relativa estabilidad en el ambiente familiar. Para tener una idea más clara del desarrollo de dicho proceso, el autor da cuenta de cómo es que se desarrolla la conducta de apego, primeramente habla de que el individuo al nacer ya trae consigo una variedad de sistemas conductuales claramente orientados y organizados, listos para que se activen en el momento propicio y de acuerdo a ciertos estímulos que se encuentran claramente delimitados dentro de varias categorías y que, así como se activan se llegan a desactivar, a reforzar o a debilitar, igualmente a través de otros sistemas que también se encuentran cada uno dentro de otras categorías respectivamente (Bowlby, 1969).

De esta manera dichos sistemas se encuentran de forma secuencial de acuerdo a la momento evolutivo en el que se encuentra el bebé, en un inicio los sistemas que

determinan las bases para el desarrollo de la conducta de apego, son las que intervienen en las conductas primarias como es el llanto, la succión, la conducta de aprehensión y la orientación propia del recién nacido. Poco tiempo después se suman la sonrisa y el balbuceo y al transcurrir más tiempo el gateo y la marcha. Se habla entonces del desarrollo de pautas conductuales en forma secuencial, las cuales en un inicio se estructuran de forma sencilla y por lo regular se asocian a la acción fija, en cambio la acción movable se asocia a la motricidad, y su estructuración es más compleja. Los tipos de estímulos que intervienen en desatarlos son: los auditivos, los cuales se refieren a la voz que llega a escuchar; los visuales con relación al rostro familiar; y los del tacto o movimiento que son provocados por los brazos y el cuerpo de la persona que está con él, que generalmente es la madre.

La capacidad de un individuo para establecer lazos afectivos de manera adecuada y en cada fase del ciclo vital de cada especie y de su propio sexo, es una capacidad tan común de los mamíferos, y una habilidad tan esencial como es el caso del comer, digerir, oír o ver, de esta manera se habla de habilidades que poseen un valor de supervivencia enorme.

De acuerdo con las investigaciones del mismo autor de cómo se forma el vínculo afectivo, sugiere que su desarrollo se debe a que el pequeño nace con grandes tendencias a aproximarse a cierta clase de estímulos selectivos que tienen relación con su familia, y tienden a evitar estímulos desconocidos. De esta forma la función de la vinculación es la de protección contra los peligros, esto implica un aspecto esencial para la vida como es la supervivencia.

Del Barrio (2002) de acuerdo con Hove y Ross (1990) refieren que el apego se

encuentra subordinado a una evolución, ya que al principio las conductas que se establecen entre la madre y el hijo son predominantemente gestuales de proximidad física, pero conforme el niño va creciendo se desarrolla de forma mutua el contacto verbal, ya que en el inicio es dirigido solo por la madre.

3.2.2. Rasgos específicos del apego

Bowlby (1986) hace una distinción dentro de la teoría de apego, con respecto a los rasgos del mantenimiento de proximidad de dicha conducta, los cuales son:

- Desarrollo de emociones, debido a que la mayoría de las emociones profundas surgen precisamente durante la formación, mantenimiento, ruptura o renovación de vínculos afectivos. Claros ejemplos de ello son: en la formación al enamorarse; en el mantenimiento, cuando se ama a alguien llegando a experimentar una fuente de seguridad; en la ruptura cuando se pierde a una pareja y se sufre un duelo; o en la renovación de relaciones de apego, cuando se tiene la confianza de iniciar una nueva relación.
- Especificidad, porque la conducta de apego está dirigida a uno que otro individuo en el cual muestra una clara preferencia.
- Duración, ya que si bien hay momentos en donde dicha conducta primaria se debilita o se sustituye por otros nuevos, el apego, difícilmente se abandona ya que por lo regular, se manifiesta a lo largo de toda la vida.

- Ontogenia. La mayoría de los bebés, desarrollan la conducta de apego a una figura significativa alrededor de los primeros nueve meses, de ahí la importancia de como se desarrolla los cuidados maternos, ya que depende de cómo fue dicha experiencia será su tipo de apego.
- Aprendizaje, ya que en el desarrollo del apego, se aprende a distinguir lo familiar de lo extraño, fenómeno que es vital en dicho desarrollo.
- Organización, ya que la conducta de apego se establece desde su inicio con sencillas respuestas organizadas y posteriormente se van conformando conductas cada vez más complejas pero igualmente organizadas, activándose cuando por ejemplo hay experiencias extrañas o nuevas que provocan incertidumbre o temor y desactivándose cuando la figura de apego está cerca ya sea visual o auditivamente, además de tener una relación estable y constante.
- Función biológica, en donde la conducta que llegan a tener las crías de mamíferos, tienen como regla general que exista un mantenimiento de proximidad entre un animal inmadura a un adulto preferido, que por lo regular es la madre. Y algo básico es el hecho de que dicha conducta tiene un valor real de supervivencia.

De acuerdo a lo expuesto sobre la teoría de apego se puede observar lo valioso e importante de su contenido, esto se justifica al afirmar que se hace referencia a una de las conductas sociales que el individuo desarrolla y necesita para poder relacionarse afectivamente con otros. De esta forma la

conducta de apego requiere de una exhaustiva investigación para obtener una explicación de cómo es que se desarrolla. Es indispensable que sea de forma adecuada para que permita al individuo llegar a una salud mental y logre sobrevivir en el proceso de su propia evolución como individuo. Por lo que al conocer esta teoría se podría investigar la forma en que establecieron sus vínculos afectivos con sus objetos primarios, cómo fue su desarrollo, si se le dificulta vincularse afectivamente, o si ha tenido separaciones o pérdidas de sus figuras de apego, cómo los ha vivido, de esta manera encontrar una explicación de sus padecimientos y proceder a elaborar un tratamiento para que se obtengan opciones que según sean las circunstancias, se promueva un desarrollo emocional que le permita interactuar dentro de su ámbito social, a través de sólidos vínculos afectivos.

3.3. Fase de formación de Vínculos

Bowlby (1972) afirma que la relación que tiene la madre con su hijo durante los primeros años es vital y básica, si se desarrolla en condiciones favorables va a promover una cimentación firme que le dará las bases para pensar en forma reflexiva, ya que a través de la guía y acompañamiento de las conductas que promueve, propicia que se desarrolle parte de su conciencia y personalidad. De esta manera, la relación entre madre e hijo cuando llega a ser de forma continua y asertiva, va a lograr que el hijo desarrolle un yo y una conciencia de forma satisfactoria. Por lo tanto, se habla de que durante este periodo de vida crítico, la función de la madre es de un organizador para el desarrollo mental del niño. De esta forma, cuando se llega a estudiar los

desórdenes en la personalidad o en la conciencia de los individuos, se requiere estudiar cómo fueron las fases en las cuales el niño desarrolló su capacidad de relación con los otros. Por lo que a continuación se mencionan:

- Fase que llega a desarrollarse hasta cerca de las seis semanas, y en la cual el pequeño está en procesos de establecer la relación con una persona a la cual identifica, que por lo general es la madre.
- Fase en la que perdura hasta los tres años y en donde el niño necesita de ella como compañera inseparable.
- Fase que por lo regular se da después de los tres años y en donde el niño inicia su capacidad para mantener una relación con la madre en su ausencia.
- El autor aclara que transcurrido el cuarto y quinto año, dicha relación se puede mantener sólo cuando la ocasión lo promueva como es ante experiencias desconocidas, de fatiga o dificultad para acceder a sus figuras de apego. Por lo regular la duración llega a ser de unos días o semanas.
- En el caso de los siete u ocho años, la relación se mantiene, sin embargo se puede presentar con tensión y con una duración de hasta un año o más.

Es importante para el autor destacar que puede existir una variación en la edad de acuerdo a las fases completadas, por lo que sugiere que cuando se investigue como se ha desarrollado dichas fases, lo más oportuno es considerar la edad de acuerdo al desarrollo logrado y no por el tiempo vivido.

Sin embargo aclara que hay ciertos límites en cada fase de acuerdo a las necesidades del pequeño, es decir que si en la primera fase de desarrollo no se completa hasta el año, se dificultará poderla compensar, lo mismo sucederá en cuanto a que hay límites para las demás fases. Si se compara lo anterior, con el desarrollo de un tejido orgánico que no logró hacerlo en su debido momento, su función se altera. En este sentido cuando no se desarrolló en el tiempo límite, por una ausencia e inestabilidad en la relación con su figura significativa, o por una privación de dicha figura, las características del tejido psíquico se fijarán con dichas deficiencias. En el caso de que la privación llega a ser extrema, ocasiona que sus personalidades y la conciencia no se logren desarrollar, por lo que presentan conductas impulsivas e incontrolables, sin que pueda hacer uso de un pensamiento reflexivo, así como la incapacidad de seguir objetivos a largo plazo.

Es importante mencionar que no es igual la afectación si el desarrollo de la relación con su madre fue satisfactorio en las fases iniciales y al llegar a los dos o tres años existe una ausencia de figura materna.

En lo que respecta al desarrollo de la conducta de apego, Bowlby (1969) menciona que no existe una delimitación exacta entre cada fase en la que se desarrolla, sin embargo hay pautas de conducta que permiten ubicar los cambios que se tienen en relación al proceso que se va dando, a continuación se mencionan las 4 etapas:

- La Etapa 1 de “orientación y señales con una discriminación limitada de la figura”, es cuando el bebé distingue a las personas, sólo a través de estímulos olfativos y auditivos. Va a presentar conductas hacia las

personas que se encuentran cerca, por medio de la orientación que tiene hacia ellas, el seguimiento que hace a través de los movimientos de ojos, el tratar de alcanzar, a través de la sonrisa, así como el balbuceo. En esta fase por lo general se observa en el bebé que deja de llorar al escuchar una voz o al ver una cara. Lo interesante de estas pautas de conducta es que influyen sobre el comportamiento que presenta la persona que está cerca, así como el tiempo que se le da en cuanto al acompañamiento. El autor aclara que estas conductas se realizan con más énfasis al llegar a los 3 meses de edad, por lo que de ahí en adelante, es cuando se observa claramente la reacción social intencional.

- En la Etapa 2, se desarrolla la orientación y señales, las cuales se encuentran dirigidas hacia una o más figuras discriminadas, el autor refiere que el comportamiento del bebé en relación con las personas, continúa con una interacción abierta, pero ahora hay mayor claridad en la relación con la figura materna que con otras, La capacidad que el bebé desarrolla al reaccionar en forma más diferenciada en lo que respecta a los estímulos auditivos, se llega a observar más claramente entre las cuatro o diez semanas de vida, e inmediatamente después le continúan los estímulos visuales.
- En la Etapa 3, independientemente de que el bebé vaya distinguiendo su trato hacia las persona, va a empezar con el inicio de búsqueda para mantener proximidad hacia una figura claramente discriminada, a través de la locomoción y de señales. Por lo tanto, en esta fase el bebé lo

llevará a cabo al ampliar la cantidad de pautas de conductas, como sería el seguimiento hacia la madre cuando ella se aleja, cuando ella regresa a saludarlo, así como la elección de dicha figura materna como base para poder explorar. Por otro lado, las reacciones amistosas que tenía de forma indiscriminada hacia las personas, va desapareciendo, para dar entrada a que vaya eligiendo apegarse a unas cuantas personas. Al acercarse a los extraños lo hará de forma cautelosa, provocándole sentimientos de incertidumbre, lo que acrecentará su alejamiento de ellos. Esta fase por lo regular se inicia a los seis o u ocho meses, pero cuando la relación con la madre es más imprecisa se llega a retardar hasta después del año de vida del pequeño y por lo tanto dicho proceso se llega a atrasar hasta cerca de los tres años.

- En la Etapa 4, se da una mayor evolución ya que el bebé inicia su mantenimiento de proximidad con la figura de apego, a través de un sistema que de forma organizada se corrige a través de objetivos sencillos, en donde el bebé utiliza los primeros mapas cognitivos proporcionándole los recursos que le permiten empezar a ubicar a la misma figura materna como un objeto independiente, de hacerlo de forma constante en un espacio y tiempo dado, además de moverse en dicho espacio de forma predecible, promoviendo que los movimientos de ella se den de forma libre ya sea cerca o lejos de él, y cuando requiera de ella realizará conductas donde reaccionará como él quiere que sea.

Al observar a la madre su conducta, empezará dentro de sus posibilidades a analizar los diversos aspectos que influyen en ella, de

esta manera el bebe entrará en un proceso que le permitirá comprender los sentimientos y motivaciones de la misma madre. Propiciando con ello que se logre entablar una relación más compleja entre ambos, en donde entra en juego una serie de asociaciones. Por lo regular esta etapa se inicia antes de los 2 años.

Es importante conocer las etapas por las que el niño pasa para desarrollar la conducta de apego, la cual le permitirá introducirse al mundo social, en un inicio lo irá adquiriendo a través de la relación que establece con su figura maternante y que por lo tanto determinará sus posteriores relaciones. En ese sentido, si se dice que la función de la madre es de darle estructura al hijo en el proceso en el cual se construye su personalidad, entonces se afirma que la forma en como haya sido su comportamiento influirá en dicho proceso. Cuando es de forma favorable promoverá en el hijo una cimentación firme que le dará las bases para desarrollar una mayor conciencia de su vida, a través de un pensamiento reflexivo, así mismo adquirirá la confianza necesaria para que desarrolle un yo y una conciencia que le permitirá tener una relación con la madre aún sin la presencia de ella, proporcionándole una base segura para su desarrollo social en cuanto al establecimiento de sus posteriores vínculos afectivos fuera de la familia. Pero si se da en forma desfavorable, el hijo no podrá acceder a dicha base que le proporcione seguridad y confianza para establecer sólidos vínculos afectivos. De ahí la importancia de resaltar un comportamiento más estable por parte de la madre con respecto al hijo.

3.4. Tipos de Apego

Bowlby (1969) hace referencia de los diferentes estudios que realizó Ainsworth y sus colaboradores en 1978 y en los que se describen descubrimientos sorprendentes, como es el de las tres formas principales de apego que los niños lleguen a desarrollar, así como las situaciones familiares que la promueven.

Dentro de los 3 tipos principales de apego se encuentran el apego seguro, el apego ansioso-rechazante y el apego ansioso-evitativo. De acuerdo con eso se describirán a continuación:

a) Apego seguro

El autor menciona que la principal forma en que se manifiestan los niños con este tipo de apego es el ser activos en el juego, el buscar el contacto con su figura de apego, aunque haya habido momentos en que se angustiaron ante alguna separación pequeña en donde quedan consolados y pueden volver a concentrarse en su juego.

Bowlby (1986) refiere que en este tipo de apego el niño desarrolla la confianza de que su figura significativa que por lo regular es la madre, estará en disposición de asistirlo, de que es sensible ante momentos de peligro o cuando demuestran algún temor, de tal manera que promueve en él la seguridad para atreverse a explorar el mundo que le rodea.

En este mismo sentido, González Núñez y Col. (2000) citan a Shaver y Clark (1994) ya que mencionan que en este tipo de apego los niños se apoyan en sus figuras como una base segura para poder explorar al medio, en el que

cuando no hay cambios se mueven de forma tranquila y cuando se produce alguno de ellos como ver a extraños, buscan la proximidad de su figura de apego encontrándolos con facilidad. Así mismo logran desarrollar una confianza en sí mismos y en sus figuras de apego, esto les permite manifestar conductas positivas como es el estar de buen humor, ser creativos empáticos, colaboradores o aceptar lo que se les dice sin mucha protesta. Tienen una buena relación con sus padres y diferentes autoridades; logran desenvolverse de forma independiente y segura, y cuando enfrentan algún problema le encuentran alguna solución. Establecen cordiales relaciones, ya sea amistades profundas o cercanas esto debido a que lograron establecer la base de las relaciones afectivas primarias, lo que a su vez también les permite realizar exploraciones o tener juegos sin estar pendiente de que se encuentre cerca alguna persona que lo cuide o proteja.

Del Barrio (2002) describe una clasificación que realizó Ainsworth (1985) en donde refieren las conductas que tienen los niños ante alguna separación y su reencuentro con su figura de apego, en este primer tipo de apego, su reacción ante las separaciones de protesta, y ante su reencuentro es de consuelo.

b) Apego ansioso-rechazante

Bowlby (1969) refiere que en este tipo de apego los niños se encuentran indecisos entre buscar la proximidad o estar en contacto con su figura de apego y rechazar el contacto o interactuar con ella. Dentro de las características de este tipo de niños es la dificultad para tener un equilibrio armonioso entre su exploración en el medio y su figura de apego, ya que éstos tienden a manifestar

pasividad a la exploración o es escaso; en cuanto a lo que respecta de las demostraciones de acercamiento hacia estas madres parece que demuestran un deseo para llegar a hacerlo, sin embargo cuando a ellas se les ocurre ponerlos a realizar alguna actividad de juego lejos de ellas, éstos reaccionan con enojo y rechazo.

En 1986 Bowlby denomina a este tipo de apego también como ansioso-ambivalente y refiere que el niño se encuentra inseguro ante la duda de que su figura de apego pueda estar disponible o sensible cuando él la necesita. A causa de dicha situación se manifiesta de forma ansiosa y con aferramiento en el momento de alguna separación, y cuando quiere explorar su medio también se manifiesta ansioso.

Asimismo González Núñez y Col. (2000) refieren que según Shaver y Clark (1994) en el apego ansioso-ambivalente éstos chicos en edad escolar cuando inician la escuela se encuentran muy apegados y dependientes de las maestras y buscan que ellas les ayuden cómo realizar sus actividades, y al mismo tiempo éstas responden con actitudes sobreprotectoras, y por ende son niños que se les dificulta resolver los problemas a los que se enfrenta de forma independiente. Son niños que establecen relaciones sociales con niños que por lo regular los evitan, ignoran o lastiman, esto les produce sentirse poco aceptados, por lo que buscan mostrarse vulnerables, esta situación se vuelve una constante, lo que a su vez les produce tener sentimientos de inseguridad y enojo.

Finalmente de acuerdo a la clasificación de Ainsworth, (1985 en Del Barrio 2002) los niños con este tipo de apego reaccionan ante la separación de su

madre con ansiedad, y a su reencuentro con ella reaccionan con ira y enojo.

c) Apego ansioso-evitativo

Bowlby (1969) menciona que los niños con este tipo de apego tienden a rehuir de la madre después de haber regresado de alguna ausencia, sobretodo cuando esta situación se ha repetido, así mismo alguno de ellos llegan a manifestarse amistosos con personas extrañas, incluso mucho más que con la propia madre.

Otro aspecto que se ha observado en estos niños es una clara dificultad para aproximarse, lo cual refleja la evitación de contacto físico con la madre, un ejemplo que se ha observado en ellos es cuando muestran la intención de acercarse a ellas pero luego se detienen y se van hacia otra dirección, además si llegan a buscar el contacto físico con ellas, lo hacen tan solo con rozamiento leves; otro aspecto es que cuando llegan a ser cargados por ellas, éstos no encuentran una posición cómoda.

Cuando llegan a manifestar el enojo o la ira, su forma de hacerlo en la mayoría de las veces es indirecta o desplazada hacia objetos inanimados y cuando se llega a observar dicha conducta de forma directa pareciera que no hay ni causa aparente para ello, ni tampoco se observa alguna emoción de expresión claramente diferenciada.

Bowlby (1986) refiere que este tipo de apego se desarrolla en individuos que no confían en que recibirán respuestas satisfactorias ante la necesidad de ser cuidados, ellos creen que será de forma indiferente. En casos extremos son individuos que intentan ignorar la parte afectiva hacia con los otros y buscan

solucionarlo con la creencia de que ellos pueden vivir solos y no necesitan de nadie. Este tipo de individuos llegan a presentar personalidades de tipo narcisista.

Así mismo, estos niños muestran una pseudoindependencia hacia la madre, además de que denotan una falta de preocupación por ella, pareciera que por ellos no pasa ninguna expresión de tensión ante la salida de sus padres, y cuando regresan éstos no hay ningún indicio de interés por reunirse con ellos. En la época escolar sus relaciones interpersonales llegan a ser superficiales y es frecuente que tiendan a comportarse de forma hostil y retadora, situación que tiene como consecuencia que sean rechazados por profesores y compañeros. Son individuos que al llegar a etapas más avanzadas al no haber internalizado cómo interactuar en el plano social, se muestran egoístas y poco empáticos por lo que sus relaciones llegan a ser lejanas, estereotipadas y frías (González Núñez y Col. 2000).

En lo referente a la clasificación de Ainsworth (1985) citada por del Barrio (2002) se menciona que los niños con este tipo de apego se muestran indiferentes ante la separación de su madre y al momento del reencuentro existe una clara evitación.

d) Situaciones familiares que lo promueven

Un aspecto central que hay que tomar en cuenta es el papel que tienen las figuras significativas durante el desarrollo del niño así como el tipo de interacción que hayan tenido.

El tipo de apego que desarrolla cualquier individuo en sus primeras

experiencias infantiles se encuentra claramente influenciado por como fueron sus figuras significativas con él (Bowlby, 1986). Hay diversos factores que han generado a que se proporcione de determinada forma, tal es el caso del apoyo emocional que la madre ofrezca en ese momento, otro factor es el tipo de cuidados maternos que ella recibió en sus etapas primarias. Debido a ello el autor hace una recomendación importante como es el que cuando haya casos en que se haya desarrollado de forma desfavorable se proporcionen un tratamiento terapéutico.

Con base en lo anterior se referirán alguno de los aspectos que se observaron en los diferentes estudios realizados por Aisnworth y col. (1978) y en donde el autor refiere de acuerdo al tipo de apego desarrollado:

- En el caso del apego seguro, la madre favorece a que se desarrolle dicho apego a través su sensibilidad para detectar las señales de su propio hijo además de demostrarle amor, reconfortarlo y protegerlo cuando él la busca que lo asista. Por otro lado hay una clara manifestación de la madre por estar atenta y sensible ante lo realizado por el hijo y de festejarle sus logros obtenidos; ante alguna dificultad demuestra una clara asistencia y promueve alentarle para propiciar en él la confianza de poderlo lograr.
- En lo que se refiere al apego ansioso-rechazante, Un factor que promueve este tipo de apego se encuentra el que la madre se muestre accesible y preocupado en algunas ocasiones y en otras no lo haga, o también que haya utilizado la amenaza del abandono para tener mayor control en su función como autoridad. En el caso de estas madres, tienden a estar menos

atentas y sensibles a lo que necesitan o realizan, llegando a hacerlo de forma inoportuna o a destiempo.

- En el caso del tipo de apego ansioso-evitativo se encuentra relacionado cuando hubo una constante de rechazo por parte de la madre ante la necesidad del hijo de acercarse a ella en busca de consuelo y protección. Las madres de este tipo de apego no logran percatarse cual es la necesidad de sus hijos ya que no hay un claro interés por saber qué es lo que en realidad necesitan o cómo se llegan a sentir e incluso hay ocasiones que llegan a desalentarlos o rechazarlos ante la solicitud de ayuda.

De acuerdo a lo expuesto se observa que un aspecto esencial en la formación del apego es la función que la madre ejerce con el hijo, y que si ésta es de forma predecible, sensible y empática puede influir para que se promueva el apego seguro, de lo contrario, dependerá el grado de cómo se haya desarrollado, de esta manera se hace necesario describir detalladamente el concepto de la función materna.

e) Función materna

Para Pérez (2001) ser madre va más allá del hecho de haber dado a luz un hijo, ya que ha habido casos en los que la madre vive alejada de ellos o los priva de sus atenciones, también existen mujeres que sin ser madres llegan a desarrollar la función, proporcionando al niño mejores opciones y una mayor estabilidad. De acuerdo a ello al hablar de la función materna se habla de ciertas características que permiten que los resultados que se dan sean satisfactorios, de tal forma que ésta función consista en proteger, cuidar y responsabilizarse del

bebé a partir de que nazca, ya que él se encuentra en un estado de dependencia total hacia la figura que funge dicha función.

Es una relación privilegiada donde el que asume dicho rol, logra identificarse plenamente con el bebé a tal grado que le es posible intuir, empatizar y descifrar las señales que el pequeño manda como una forma de comunicación. En este proceso tan complejo la persona que realiza dicha función logra sintonizarse a través de sus procesos psíquicos, todo aquello que expresa el pequeño, lo que le permite lograr una intimidad de tal magnitud, que promueve que se interrelacionen los afectos que se intercambian entre sí. Al mismo tiempo, la figura materna le va a ir reflejando al niño las distintas sensaciones y sentimientos que experimenta de tal forma que va permitiendo incorporarse al mundo externo en el que se espera que crezca y logre llegar como persona independiente, para ello se requeriría que desarrolle de forma satisfactoria todas las potencialidades cognoscitivas, creativas y sociales.

Por lo tanto la función materna es el recurso afectivo que tiene la madre y que a su vez requiere de una parte intuitiva que le facilita calmar el malestar del bebé a través de la identificación que haya ejercido, pero al mismo tiempo esos sentimientos positivos son los que le van a permitir tolerar para llevar al pequeño a la frustración en momentos que se requiere para que logre aprender a esperar lo que desea o también que aprenda a renunciar lo deseado e intercambiarlo por algo más accesible.

Durante este capítulo se han descrito diversos aspectos en relación a la vinculación afectiva, como es su origen, las características principales, las fases por las que pasa para lograr su establecimiento, factores ambientales que influyen

en su desarrollo, así como la función materna. Todo lo que se ha descrito se encuentra relacionado con su formación, mantenimiento, o dificultad para la conformación del vínculo afectivo entre madre e hijo, de tal forma que en el siguiente apartado se describirá de forma más detallada algunos aspectos que se desarrollan, y que son relevantes en dicho proceso.

3.5. Vínculo madre-hijo

Bowlby (1989) Al referir cómo se conforma el vínculo madre e hijo, se basa en las aportaciones hechas por Klaus, Trause y Kenell (1975) los cuales, al realizar diversas investigaciones observaron el inicio de la interacción que establecieron madres e hijos, arrojaron datos como son el que desarrollen fases de interés y necesidad para la interacción social, así como fases de desconexión, todo esto dándose en un equilibrio dinámico. En el caso de las fases en la búsqueda por la interacción, se inicia con el saludo mutuo, en donde su abstracción llega a darse en un animado intercambio de lenguaje preverbal, en el cual se incluyen las expresiones faciales y vocalizaciones por parte de la madre y de esta forma, responde el pequeño con la orientación que realiza hacia ella a través de demostraciones expresivas, como son los movimientos de brazos y piernas como respuesta a dicha interacción, la cual posteriormente se va ir apaciguando de forma gradual hasta concluirse cuando el bebé descansa, ésta última sería el inicio de la desconexión, y que conforme pasa el proceso evolutivo irá teniendo periodos más largos de ella, como son los momentos en que el pequeño se interese en otra actividad y la madre se dedique a otra.

De acuerdo con la conducta de su interacción hay una diferencia en la

conducta de cada uno, ya que en el caso del niño el inicio o abandono que realiza en dicha interacción tiende a seguir su propio ritmo, en el caso de la madre cuando es sensible llega a regular su conducta de forma que se adapta a la de él. Cuando se hace necesario, sus movimientos llegan a ser más lentos o su tono de voz suave o más agudo de lo habitual, ajustando sus acciones a las propias necesidades del pequeño, de ahí que se desarrolla una dinámica entretejida entre las respuestas que da la madre al hijo y éste a ella, creándose así, un dialogo, en el cual se logra el placer de ambos en dicha interacción.

Es claro para el autor suponer que para que se logre la interacción en dichos términos, se requiere de la disposición intuitiva por parte de la madre al permitir ser guiada por el hijo para realizar su intervención. Al mismo tiempo que el niño irá cambiando su propio ritmo en forma gradual al percibir en forma constante la intervención de la madre, identificándose cada uno en dicho intercambio de forma que encuentren una mejor adaptación.

Cabe aclarar que al conformar el vínculo, se hace referencia del aspecto esencial que se ha estado puntualizando que es precisamente la función que tiene la madre o también porqué no, el padre, en el que igualmente interviene dentro de la dinámica de la crianza de los hijos, en la que se espera que proporcione una base segura que sustente el posterior desenvolvimiento del niño o adolescente en el mundo exterior y que cuando requiera del espacio familiar regrese con la seguridad de que sea bien acogido tanto física como emocionalmente, de tal forma que si regresa en un estado de desequilibrio ante algún evento desagradable, pueda sentirse reconfortado a través de la empatía que le permite llevarlo a metabolizar lo vivido para aprender de dicha experiencia y promover el

soporte necesario para que pueda hacerle frente a la adversidad a la que se llegue a enfrentar.

Por lo tanto Bowlby (1989) explica que el progenitor que proporciona una base segura requiere de la preparación para estar accesible de forma intuitiva y que pueda responder cuando sea requerido en forma activa ante eventos de tal naturaleza.

Bowlby (1986) resalta el valor primordial para supervivencia como ser social, las primeras experiencias que determinan la habilidad o no, de establecer vínculos afectivos ya que se ha visto que en diversos trastornos psiconeuróticos y de la personalidad se encuentran evidencias de que los individuos que la padecen tienen una notable alteración en el establecimiento de los vínculos afectivos influenciada por las primeras experiencias que tuvieron cuando eran pequeños e incluso, se ha visto que hubo una ausencia en esa básica relación primaria.

Por otro lado, González Núñez y Col. (2000) puntualizan que para que se logre la evolución del bebé y llegue a ser un adulto con salud mental, se requiere que haya establecido un vínculo afectivo con su figura significativa, así como lograr un sentimiento de unidad al haber experimentado un continuo contacto corporal de forma cálida, y de esta manera proporcionarle la capacidad necesaria para llegar a desarrollarse como individuo independiente.

Así mismo mencionan que para que la relación del vínculo se establezca en forma óptima es indispensable la disposición de la madre los cinco primeros años de vida, sin restarle importancia la constancia en la función materna así como cualquier otra figura significativa que responde a sus necesidades tanto físicas como emocionales del pequeño.

De acuerdo a lo descrito se concluye que para que el vínculo que se establezca entre madre e hijo sea estable, es indispensable que se promueva una base segura a través de una función materna intuitiva y empática así como una estabilidad afectiva, que permita llevar al hijo hacia el proceso de la independencia, así como posteriormente logre establecer sólidos vínculos afectivos.

Debido a que las madres de la presente investigación tienen hijos de edad escolar, a continuación se describe de forma breve las características esperables de los niños en edad escolar.

3.5.1 El Hijo en Edad Escolar

En cuanto al desarrollo físico, Hurlock (1984) menciona que el crecimiento corporal en la edad escolar se mantiene a una velocidad lenta y uniforme. El cual estará influido por la herencia y las condiciones ambientales. Cerca de los 11 o 12 años existe desproporción corporal en su crecimiento, ya que no todas las partes del cuerpo van creciendo al mismo ritmo.

En lo que se refiere al Desarrollo Motor, La autora refiere que hay una disponibilidad mayor a potencializar el aprendizaje de habilidades de manos y piernas, sin embargo en lo que se refiere al control de la motricidad fina de manos y dedos es más lenta, esto se manifiesta en la lentitud para escribir con rapidez o tocar instrumentos musicales.

En cuanto al lenguaje, refiere que tienden a ir de lo egocéntrico al socializado. Cuando los niños entran a la escuela su vocabulario se multiplica de forma rápida, gracias a la enseñanza, nuevas experiencias, lecturas, y los estímulos televisivos

o de radio; el número de palabras varía, según la edad comprendida entre los 6 a 12 años serán de 20,000 a 50,000 palabras.

En el desarrollo cognitivo, La Enciclopedia de Psicología Educativa (2000) describe que el niño en esta edad, va adquirir la capacidad de entender procesos mentales reversibles o irreversibles, esto se observa con las operaciones matemáticas; otro concepto que aprende es de conservación, en el que distingue el mismo líquido vertido en diferentes envases. También está el concepto de ordenamiento seriado o inclusión, éste relacionados con la clasificación de categorías. .

En el aspecto afectivo, Hurlcok (1984) menciona que los niños en esta etapa, aprenden a expresar sus emociones de forma más modulada, esto por las experiencias de desaprobación de personas adultas o de su grupo par; durante esta etapa, conforme aumente la edad del niño, las emociones tenderán a persistir, el aprendizaje y el ambiente influirá de forma gradual para que la conducta acompañada de las emociones se individualice según sea la experiencia vivida. Las emociones se llegan a detectar mediante síntomas en la conducta, como el morderse las uñas, temores, tics nerviosos, etc. Los temores más comunes al principio de esta etapa son los peligros sobrenaturales, la oscuridad o criaturas imaginarias, la muerte o las heridas, personajes de algún relato, películas, la televisión; hacia el final tenderán a cuidarse para tener una posición en el grupo, no verse ridiculizados, o el ser diferente en comparación con el resto del grupo. El temor puede estar relacionado con conductas emocionales, como la timidez, la vergüenza, la preocupación y la ansiedad. La ira es una emoción que presentan los niños ante las frustraciones de sus deseos, interrupción de

actividades en progreso, los reproches constantes, las burlas, regaños, o las comparaciones con respecto a otros niños.

La Enciclopedia de Psicología Educativa (1997) refiere que dentro de las etapas psicosexuales de Freud la latencia comprende las edades de 6 a 12 años, en donde se prevé un adormecimiento de la sexualidad y de los recuerdos de la erotización infantil, por lo que la energía llega a canalizarse al desarrollo social, centrándose en las relaciones con su grupo par

La Enciclopedia de Pedagogía y Psicología Infantil (2000), menciona que los 3 rasgos principales del desarrollo afectivo que se da en la edad escolar son: primeramente el proceso de la resolución del Complejo de Edipo que se da alrededor de los 6 o 7 años; posteriormente, el inicio del periodo de latencia del desarrollo psicosexual, que se extiende hasta iniciar la pubertad y por último el proceso de la socialización, el cual trascenderá al exterior de la familia y será principalmente en la escuela donde se desarrollará.

Erickson (1993) refiere que en la edad de la latencia, se configuran los sentimientos de industria o inferioridad, de esta forma, en este periodo de vida el niño, al percatarse de no haber logrado obtener un lugar privilegiado con papá o mamá, renunciará a ello y en su lugar se centrará en el desarrollo de su sentido de industria, de esta forma, se espera que él utilice sus propias herramientas y habilidades centrados en el trabajo para que logre producir algo gratificante que lo motive a desarrollar en el futuro su rol dentro de la sociedad de la industria, y la escuela será el medio donde podrá ejercitarlo. Es importante por lo tanto, que en el interior de la familia lo hayan preparado para la vida, al haber fomentado previamente en el desarrollo de su autoconfianza y autonomía, ya que estos

grandes sentimientos promoverán en él para potencializar sus propios recursos y evitarán que llegue a sentirse inferior o caer en autocríticas que lo limite a disfrutar de su propia laboriosidad o productividad.

En la socialización, Patlán (2004, en González Núñez, 2004) puntualiza que el niño de esta etapa irá modificando su visión en lo que se refiere a la amistad, ya que en el inicio de esta etapa, considera a un amigo en función de su propio interés y beneficio, esto debido a que se encuentran todavía en proceso de descentralizarse de su propio egocentrismo, posteriormente se irá dando cuenta que al ingresar a la escuela, se encontrará dentro de un grupo que le proporciona seguridad, distinta a la ofrecida por su grupo familiar, ya que le permitirá estar con compañeros de su misma edad y su mismo sexo, situación que además promoverá en sentirse perteneciente a su grupo par.

Además de proporcionarle al niño dichos aspectos valiosos, hay otros que irá aprendiendo conforme avance dicha etapa, como es el sentido de competencia y la amistad ya que ubicará que hay otros niños con características individuales, que tienen la misma oportunidad para obtener logros, además de realizar actividades en común, situación que fomenta en el niño diversos sentimientos, como es el competir, compartir, admirar, temer, amar u odiar, en tal caso dependerá para que busque identificarse con los que puede congeniar mejor y acrecentar así su interés por buscar hacer amigos, en donde la relación pueda ser recíproca y sincera. Al tener una relación con esas características, y en la cual el contacto es constante puede llegar el momento en el que logre tener amistades íntimas, lo que a su vez pudiera propiciar aún más otras capacidades como el desarrollo social y cognitivo, la formación de su identidad personal, sensibilidad y una calidad en su

socialización.

Así mismo en esta etapa aunque existe cierta independencia por parte del niño en la elección de amistades, existe una gran influencia por parte de los padres en lo tocante a dichas relaciones interpersonales, ya que ellos llegan a impactar para favorecerlas o evitarlas.

Hurlcok (1984) comenta que los niños cuando ingresan a la escuela básica, se van a interesar más por los juegos colectivos, los cuales al requerir de un número mayor de participante, promueve un círculo de amigos más extenso, al cambiar los intereses al juego colectivo, se empieza a centrar el deseo de estar con niños fuera de casa y se busca la aprobación de pertenecer a ese grupo. Es cuando surgen las llamadas pandillas, en donde tenderán a conformarse por personas de su misma edad y sexo, e influir en el aprendizaje de ciertas actitudes y conductas, como el promover descentralizarse de su egocentrismo y lograr comprometerse con el grupo; aprender a ser independientes de los adultos, a ser leales al grupo, a respetar las normas que se implanten, a participar en forma colectiva en juegos y deportes, a competir con otros, a conductas socialmente aceptadas, a cómo vestirse, o códigos de lenguaje específicos del grupo. Sin embargo también se puede adquirir conductas indeseables, como sería el uso de maldiciones y palabras, el faltar a la escuela, actitudes de desprecio hacia las reglas o a las personas de autoridad, el romper los lazos familiares, a burlarse de miembros de otro grupo, discriminación a grupos minoritarios o rivalidad con respecto a otras pandillas, dichas conductas son obstáculos para la adaptación social, sin embargo conforme van creciendo, esto pudiera ser temporal y llega a modificarse, depende de cómo ha sido las relaciones intrafamiliares podrá influir en dicha resolución.

En lo que respecta al desarrollo moral y Patlán (2004 en González Núñez, 2004) menciona que desde el principio de la vida, el niño irá internalizando las normas y la moral de sus propios padres, pero será cuando tenga cinco años que el niño, independientemente de que no le indiquen sus acciones, va a recordar de forma más clara de lo que puede o no puede hacer. De esta forma, en el proceso de su identificación va a internalizar el principio del deber ser, situación que tiene que ver con la construcción de su Superyó, depende de cómo fue esa internalización será la forma de conducirse ya sea con crítica constructiva o de manera castigadora. Y es en la etapa escolar en donde reforzará su propia comprensión moral, al socializar con sus compañeros y al internalizar ahora las reglas escolares, le recordará sus figuras de autoridad, dadas por la relación con sus padres, de ahí que la forma en como se conduzca con las distintas autoridades dentro de la escuela, será influenciada por dichas relaciones, por lo que será de forma desplazada.

Los niños que han podido desarrollar las conductas esperadas de la edad escolar, muestran el desarrollo de un vínculo con la madre de forma satisfactoria, pero de existir alteración en la relación madre e hijo puede verse afectado tanto el vínculo establecido entre ambos, como el que no desarrolle las conductas óptimas en dicha etapa.

3.6. La madre de hijo con TDAH

Cuando se realiza la historia clínica de cualquier trastorno se investiga cuáles son los antecedentes históricos de los pacientes, al mencionar el TDAH en niños, la autora de esta investigación considera que es necesario conocer dentro de los

factores familiares, la personalidad de las madres, por lo que es indispensable realizar la descripción de diversas investigaciones en donde refieran su relación con el TDAH, los antecedentes de estas madres o sus características más significativas. Por lo tanto, se retoma lo referido por Solloa (2002) en cuanto a los antecedentes familiares del niño con déficit de atención e hiperactividad, en donde se ha detectado que algunos de los padres y madres presentaron los mismos síntomas cuando era niños, al grado de tener que investigar los antecedentes hereditarios y familiares de ambos, con la finalidad de detectar las patologías familiares ligadas al trastorno. Dentro de las patologías con mayor prevalencia se encuentran la histeria, sociopatía y alcoholismo.

Y a su vez, al conjugarse dichas patologías con la propia problemática del niño con el TDAH se podría suponer que conllevaría aún más a una mayor complejidad de este trastorno, una de las complicaciones sería precisamente la dificultad de tener contactos afectivos para sobrellevar los distintos conflictos que se viven.

En este tipo de ambientes predominan características psicodinámicas distintivas de acuerdo a la patología específica, o también llegan a tener semejanzas en algunos aspectos.

Con relación a la Histeria, González Núñez (1992) refiere que en los casos en donde hay personalidades histéricas, hubo una fijación en la etapa fálica, en donde la relación que establece la madre con el hijo (a), se caracteriza por ser fría e inconstante, debido a la dificultad de tener contacto afectivo, y por lo tanto busca compensarlo mediante una aparente relación, en donde prevalece la permisividad y protección excesiva, sobre todo cuando hay enfermedad, tristeza o enojo. Cabría hacer notar que llega a ser más marcado con la hija. Así mismo los mecanismos

defensivos que más utilizan este tipo de personas son: la represión, regresión, idealización identificación y formación reactiva.

De acuerdo a lo que plantea Solloa en cuanto la prevalencia de rasgos histéricos en las mamás con hijos con TDAH, éstas pudieron haber vivido una relación poco afectiva con sus propias madres, y esto a su vez generaría en ellas una dificultad en la relación afectiva con sus propios hijos.

Ante la dinámica que establecen las personas que padecen este trastorno, donde hubo carencia en el contacto afectivo, va a ver conflicto para externar dichos afectos, ya que tienden a actuarlos de forma exagerada; a expresarlos de forma opuesta de lo que sería, o también a través del cuerpo de forma psicósomática. Además, la relación que establece con los otros suele ser dependiente y estar matizada de cambios de humor y labilidad, de demandas de atención, mediante movimientos corporales o de forma exhibicionista y cuando no consiguen lo que quieren, sus afectos denotan enojo o también poca tolerancia a la frustración. Por lo tanto las mamás con estos rasgos se esperarían que presentaran las características de dependencia, agresividad, la tendencia a agradar a los demás, o también dificultad para controlar sus afectos de enojo o coraje.

En los rasgos de la personalidad sociopática, González Núñez (1992) refiere que se desarrollan desde los primeros años de vida del niño, en donde existe una relación ambivalente ya que por un lado los padres demuestran ante las necesidades del hijo (a), una excesiva satisfacción y de manera inmediata, al grado de evitar frustrarlo (a) y en consecuencia se genera en él o ella una dificultad a tolerar cualquier demora, y aprenden que lo más importante es obtener

lo que desean sin importar cómo se consiga; y por el otro lado, la forma de satisfacer lo que necesitan está manejada de forma confusa, dificultándole al hijo obtener una confianza básica ya que descuidan otras necesidades, y buscan compensarlas, de forma desafectivizada y superficial, como por ejemplo no le cumplen que lo llevan a pasear y lo compensan al otro día comprándole algún juguete, o también la forma de educarlo fomentan ir en contra de las normas sociales, como cuando los regañan por algo que no debían hacer pero luego, esa misma conducta se las celebran, lo que habitúa en el hijo (a) a que lo perciba de forma diferente a lo establecido, y propicia que no adquiera una diferenciación entre lo que es bueno y lo que es malo. Posteriormente son individuos que desarrollan mecanismos defensivos como la negación, desplazamiento, racionalización y el aislamiento emocional.

Coderch (1975) comenta que el tipo de familias en el que se desarrollan personalidades sociopáticas, se llega a desarrollar de una forma ambivalente en su configuración, ya que quieren mostrar a los demás la apariencia de ser “padres modelo”, pero en lo real, las pautas educacionales no tiene un acuerdo claro de cómo hacerlo, y cada uno manda dobles mensajes. En el caso del padre la relación que se establece con el hijo tiende a ser rígido y severo y en lo afectivo existe un gran distanciamiento; en el caso de la madre ésta tiende a ser blanda, inconsistente e indulgente, éste último aspecto, se relaciona a los rasgos narcisistas de ella al considerarlo como una prolongación de sí misma, así como por lo que el hijo le provea, como la satisfacción a sus necesidad de obtener la aprobación y estimación de los demás. Ante dicha actitud narcisista de la madre, propicia en el hijo (a) una dificultad a individualizarse, lo que favorece a que se

genere agresión hacia sus padres. Existen en estas familias una ausencia de vínculos afectivos, ya sea hacia los hijos, que al no recibir muestras o contactos afectivas, se perciben poco queridos y rechazados, lo que trae como consecuencia la carencia de confianza básica; o también entre los propios padres, en los cuales tienen relaciones con distanciamiento afectivo por lo que los llevan a sentirse vacíos o con sensaciones frustrantes y poco gratificantes, entre cada uno.

Si se retoma lo que refiere Solloa pero ahora en relación a la hipótesis de la existencia de rasgos sociopáticos en mamás con hijos con TDAH, se puede detectar que vivieron una carencia afectiva con sus propios padres, por lo que, pudieran generar en ellas una dificultad de establecer vínculos afectivos con sus propios hijos.

Debido a la dinámica antes mencionada, se podría generar que el individuo desarrolle una personalidad sociopática, González Núñez (1992) refiere que el Yo del Sociópata se ve afectado por su experiencias primarias, lo que impediría a que lograra una óptima madurez, además de establecer una baja tolerancia a la frustración, y por consiguiente son personas muy impulsivas, por lo que llegan a tener explosiones de enojo y agresión cuando ven que no consiguen lo que quieren, además desarrollan estructuras superyoicas inadecuadas, al no distinguir entre lo bueno y malo, por lo que no logran sentir vergüenza, culpa o remordimiento de la forma como actúan; tienen dificultad para manejar sus afectos, y la forma que lo hace es alterada, en el caso de la ansiedad buscará tenerla en un nivel muy bajo, mediante el uso de mecanismos defensivos y de esta forma negarla. Además sus respuestas afectivas estarán matizadas de superficialidad, por lo que tenderán a buscar a las personas para que éstas sean

utilizadas a su propio beneficio y llenar el vacío interno y así evitar sentirse solos. Por lo tanto mamás con estos rasgos de personalidad se esperarían que tuvieran características de nula tolerancia a la frustración; dificultad para reconocer sus afectos, como por ejemplo, expresar sentirse deprimidas, cuando solo se les eleva su ansiedad, o no reconocer sentimientos de culpa, remordimiento o vergüenza; llegar a sentirse desesperadas cuando las cosas no salen como ellas quisieran, o a negar sentir las cuando eso sucede; se aburren con facilidad; son incapaces de vincularse afectivamente y si lo hacen es de forma superficial y para su beneficio propio.

Por último, en el caso de alcoholismo González Núñez (2001) define al alcohólico como una persona pasivo-dependiente, el cual sufre de un trastorno de personalidad y de carácter, que trae como consecuencia una alteración en ciertas áreas de su funcionamiento. Al rastrear sus experiencias tempranas, se cree que hubo una relación donde hubo una falta de afecto positivo entre el niño y sus padres, en principio con la madre se establece una relación muy estrecha dentro de la simbiosis, pero en este caso el padre no favorece a que posteriormente el hijo se separe de ella y en consecuencia impide que se rompa la simbiosis y la dependencia que desarrolló desde el inicio; además, el padre no logra fungir como figura protectora que ayude a la adaptación de la realidad, a adquirir el control de sus impulsos y que fomentara una incapacidad en la función autoprotectora del Super Yo.

Se considera que la persona alcohólica no logró satisfacer sus necesidades orales, por lo que busca mediante el alcohol llenar el vacío emocional interno e incorporar experiencias placenteras sobre todo en momentos de frustración. En el

fondo buscan negar y alejar cualquier dolor mental, esto debido a la imposibilidad de poder manejar sus afectos, ya sea el de expresarlos verbalmente, reprimirlos e incluso desplazarlos en ideas, en consecuencia son expulsados de la mente. El uso del alcohol se vuelve cada vez más intenso, y solo tiene efectos momentáneos para impedir la frustración y posponer el estado depresivo.

El mismo autor, refiere a Rosenfeld (1980), el cual cita las ideas de Kinght, en cuanto a las características que poseen los padres del joven alcohólico: por un lado, la madre es permisiva y sobreprotectora con su hijo y por el otro, el padre llega a ser dominante; impredecible, ya que a veces es severo y otras es permisivo; es frío y además carecer de capacidad afectiva hacia él.

Al referir nuevamente a Solloa, pero ahora en relación al alcoholismo que presentan algunas de las mamás de niños con TDAH, se puede detectar que las relaciones que tuvieron con sus propias madres, llegaron a ser inadecuadas, lo que impidió que se diferenciaron de ellas y no reconocieran satisfacciones afectivas, y en consecuencia se vivan carenciadas de ellas, y esto a su vez propicia que se les dificulte tener relaciones afectivas con sus propios hijos.

De acuerdo a la dinámica antes referida, se observa que los individuos con dichas características, tienen dificultad para vincularse afectivamente, debido a que no lograron satisfacer sus demandas afectivas primarias, así como el que se les dificulta tolerar cualquier afecto doloroso, son personas dependientes, que no logran tener confianza en sí mismas, tienden a ser lejanos emocionalmente de los demás, por lo que llegan a aislarse, son personas sensibles, que sufren depresiones, son suspicaces, celosos y con intensos miedos. Por lo tanto mamás con problemas de alcoholismo, se podrían esperar que tuvieran características de

dependencia, inseguridad, celos, tristeza, insatisfacción, miedos y con tendencias a aislarse.

En este apartado se resalta que en cada una de las patologías mencionadas, el individuo que la padece tuvo dificultades para relacionarse con sus primeros vínculos afectivos, ya sea por una ausencia, porque no lograron conectarse afectivamente, o porque la forma en que lo hicieron impidió a que evolucionaran para tolerar las experiencias de frustración e integrarlas a las partes gratificantes, Además de que para encontrar contrarrestar dicha situación, hacen uso de mecanismos defensivos, como la regresión, la identificación, la negación, represión, proyección, aislamiento, desplazamiento, entre otras formas más de hacerlo, ante la incapacidad para enfrentar de forma consciente los afectos que les provocan conflicto.

Son personas que tienden a establecer relaciones de dependencia, en un plano egocéntrico por lo que les impide pensar en el Otro, lo que da como resultado una dificultad de sintonizarse afectivamente con él.

Es importante, en este punto hacer una breve pausa, para describir en forma breve los mecanismos defensivos antes descritos, ya que es la dinámica que desarrolla el “Yo” para defenderse de los impulsos o de los afectos intolerables.

González Núñez y Rodríguez (2002) describen a la regresión cuando es utilizada en individuos que llegan a vivir experiencias traumáticas o situaciones que le son frustrantes y que les provocan que respondan con comportamientos inmaduros como serían los utilizados en su propia infancia, cuando enfrentaban situaciones angustiantes y que les permitían llegar a una adaptación.

En el caso de la identificación, mencionan que el sujeto la llega a utilizar en la etapa oral de desarrollo con la intención de construir la identificación de su Yo, al poner en él mismo, características que desea de un objeto externo, por lo tanto, se habla de la forma primitiva de enlace afectivo en la que el niño incorpora a su objeto primario, quién fue el que lo satisfizo en sus propias necesidades, posteriormente le permitirá la relación con los otros y será de forma secundaria.

González Núñez (1992) menciona que en el caso de la génesis de los síntomas y rasgos de personalidades histéricas, la identificación juega un rol básico ya que llegan a imitar enfermedades con características específicas de la persona con quien se identifica.

En la negación, González Núñez y Rodríguez (2002) refieren que este mecanismo defensivo es usado cuando el sujeto rechaza a una parte de la realidad exterior que le es intolerable enfrentar, de esta manera evita las sensaciones que le son dolorosas o frustrantes. La negación es usada tanto contra el mundo externo, como también en su mundo interno, en donde niega las pulsiones del Ello y sus fantasías que son amenazantes y destructivas para el Yo.

La represión la describen como el mecanismo que imposibilita a que se haga consciente las fantasías, los pensamientos o representaciones que buscan su satisfacción y que se encuentran relacionadas con alguna pulsión, de esta forma, si se descarga resulta un gran conflicto debido a que no se cumple con las expectativas del Yo o del SuperYo. Lo que está reprimido busca alguna salida, por lo tanto se habla de un gran desgaste de energía.

La Proyección es un mecanismo defensivo en donde el sujeto lo llega a utilizar ante la intolerancia o aceptación de sus propios deseos, sentimientos o

pensamientos, de esta forma los deposita en algún objeto externo.

Así mismo en el caso del Aislamiento lo refieren como un mecanismo defensivo en donde el sujeto lo utiliza cuando separa o aísla cualquier pensamiento o acción, de forma en que no exista conexiones con otros pensamientos o afectos que se encuentran estrechamente relacionados, por lo tanto el afecto es expulsado de la conciencia, al lograr aislar la idea de su carga afectiva, de ahí que el sujeto manifiesta no sentir algún afecto ante algún evento perturbador.

El desplazamiento es utilizado cuando el sujeto desplaza algún contenido emocional o afecto de su objeto original a otro sustituto, descargándolo en él, esto le proporciona menos angustia y le permite más fácil la aceptación de dicho afecto. De esta manera logra combatir la ansiedad producida por las pulsiones reprimidas, al ligarlas a un objeto menos amenazante.

Las conductas de los padres y los patrones educacionales llegan a ser factores que repercuten en el curso de la sintomatología del TDAH, al observar casos en donde la personalidad de la madre se caracteriza por establecer relaciones impulsivas promueven en dichos patrones el mantenimiento de las conductas hiperactivas. Esta actitud materna, contribuye a que el niño encuentre formas de identificación confusas y contradictorias lo que propicia en él un comportamiento caótico. Es importante por lo tanto detectar cómo es que se da esta dinámica y buscar mejores opciones más adaptativas.

Untoglich (2003) analiza y cuestiona más haya de lo observable y objetivo, de lo biológico o conductual de los síntomas que se desarrollan en el TDAH, busca en lo más recóndito de la historia del individuo afectado, en la parte intrapsíquica

de él, donde ha habido una serie de experiencias intersubjetivas confusas con sus figuras primarias que no han podido proporcionarle una vinculación estrecha que le permitan la posibilidad de “representar simbólicamente” todos sus afectos, como es el caso de la angustia ante los diversos duelos no elaborados, o situaciones traumáticas, que lo imposibilitan a tolerar dichas frustraciones y en consecuencia lo que sucede es que lo descargan compulsivamente en su propio cuerpo o por medio de su propia conducta, lo que lo limita para hacerse cargo de sus propias acciones y afectos.

Esto también ocasiona a que se genere un (Déficit Atencional) Desorden generacional que impida la organización de una historia en donde posibilite al niño responderse a preguntas relacionadas con su propia identidad y origen.

Si dentro de los antecedentes de los niños con TDAH, se encuentra que los padres y en especial la madre, que por lo regular es la que se encuentra más tiempo con él, se le ha dificultado vincularse afectivamente con sus primeros objetos de amor, se podría suponer que al no haber tenido un aprendizaje de cómo vincularse afectivamente, entonces sería difícil hacerlo con su propio hijo. Al mismo tiempo, si la madre tiene desarrollado el TDAH promovería en su propio hijo las mismas conductas de desatención, al no proporcionarle una estructura clara en su conformación afectiva y educativa; también no habría un aprendizaje para tener conductas de planeación y control de impulsos, y de la conducta hiperactiva al tenerla como modelo predispondría más su desarrollo.

Al recordar las características que presentan los niños con TDAH, como la distractibilidad, impulsividad e hiperactividad, habría que comentar nuevamente que éstas se llegan a manifestar en diversas conductas, dentro de las que se

encuentran la dificultad para mantener la atención en diversas actividades que requieren de ella, incapacidad para mantenerse en un mismo lugar, dificultad para pensar antes de actuar, baja tolerancia a la frustración; solicitar sus peticiones de manera exigente e insistente; un cambio frecuente en sus emociones, dificultad en las relaciones interpersonales; un pobre rendimiento académico, sentimientos devaluatorios y baja autoestima. Aunado a esto, le sumamos que en ocasiones se desarrollan conjuntamente con otros trastornos como son: el trastorno negativista desafiante o disocial; trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, trastornos del aprendizaje y de la comunicación. De acuerdo a todo esto podríamos preguntarnos, si es posible que, además de las alteraciones que presentan en su comportamiento, influyan también el estado emocional de la madre y el vínculo que establece con el hijo, para que sus síntomas sigan perdurando.

4. ESTUDIOS PREVIOS

ESTUDIOS PREVIOS

4.1. Investigaciones en relación a las madres de hijos diagnosticados con TDAH

Tully, L.; Arseneault, L.; Caspi, A.; Moffitt, T.; Morgan, J. (2004) realizaron un estudio sobre “El moderado efecto de la calidez maternal sobre la asociación entre el bajo peso al nacer y la atención de niños con síntomas de TDAH y bajo IQ”. Se estudió a una población de 2232 gemelos, la mitad de ellos eran niños de cinco años con un bajo peso, de casi tres kilos. Se evaluó por un lado, la calidez materna como un componente de emoción expresado, y fue codificada a través de descripciones grabadas de las madres de cada niño. Y por el otro lado, los padres y maestros calificaron a los niños con TDAH, esto a través de la aplicación de una prueba de IQ, y con datos sobre los síntomas del TDAH. Los resultados mostraron una interacción significativa entre el peso de los niños cuando nacieron y la calidez materna en predecir las calificaciones que las madres y maestros daban sobre el TDAH. La interacción no era significativa para el IQ. Los hallazgos sugieren que el efecto del peso de los niños al nacer, en los síntomas del TDAH puede ser moderado con la calidez materna y que además al incrementarse ésta, pueden prevenir problemas de conducta entre la creciente población de niños con bajo peso al nacer”.

Crawford, N. (2004) realiza una descripción detallada de los estudios hechos por diversos investigadores, preocupados por encontrar la diferencia de

género en lo que respecta al TDAH, ya que se han observado consecuencias, como sería la desventaja que tienen las mujeres al no ser diagnosticadas a tiempo, propiciando que su vida se vea alterada. Dentro de los aspectos que reflejan dicha diferencia, se encuentra lo referido por la Dra. Nedeau, de escasos estudios que hay sobre el tema del TDAH en mujeres, esto se observa al utilizar los criterios diagnósticos del TDAH, que se refieren más a las conductas de hombres, al momento de medir los síntomas, además, menciona que son diagnosticadas hasta cuando a sus hijos se les ha realizado dicho diagnóstico. Trayendo consigo una serie de rezagos en su desarrollo personal, de desorganizaciones crónicas, así como de sentimientos de constante tensión y baja autoestima. Así mismo cuando se les llega a dar tratamiento es el farmacológico y psicoterapia estructurada a través de técnicas orientadas hacia resultados que controlen el trastorno, por lo que sugiere que si se observa que existe una baja autoestima es recomendable centrarla también en ese aspecto. Por otro lado La Dra. Littman, refiere que en mucha de la veces, las mujeres no son identificadas con el TDAH o no reciben apoyo a tiempo, debido a que los patrones conductuales de este trastorno han estado representados por los hombres en la mayoría de la literatura descrita, y como consecuencia se asume que es más frecuente que sean ellos los que la padecen. Para la Dra. Rucklidge, no es posible asumir que lo que funciona para los hombres sea igual para las mujeres, debido a los aspectos involucrados, como son los fisiológicos, los psicológicos como sería por la susceptibilidad para enfrentar experiencias de vida, o la misma forma de socializar, por lo que sugiere que el trastorno podría manifestarse con una sintomatología diferente. Otra aportación de esta Dra. y su

colega Kaplan, es el estudio de 102 mujeres con 41 años en promedio, todas ellas con hijos diagnosticados con TDAH y la mitad de ellas también con dicho padecimiento. Los datos encontrados estaban relacionados a factores de stress para criar a su hijo con el trastorno, presentando desventajas las que tienen el trastorno, debido a sus experiencias de vida, en donde aprendieron a sentirse incapaces para responder en situaciones negativas, lo que propició que tuvieran sentimientos de minusvalía, esto se refleja con las creencias que tenían de incapacidad para solucionar y controlar los eventos cotidianos, por lo que su tendencia era no esforzarse para terminar las tareas que les representan retos.

Harvey, (2003) evaluó cómo se relacionan los síntomas de TDAH que tienen los padres y el comportamiento que realizan como papás, antes y después de participar en un programa de entrenamiento para padres. La muestra constó de 46 mamás y 26 papás, con una media de la edad de 37 años, y con hijos que tenían el TDAH. La evaluación se realizó con diversas técnicas e instrumentos. Antes de aplicar el programa se evaluó el nivel de los síntomas de TDAH y las conductas que tienen como padres; en cuanto a la medición de los síntomas del TDAH, fueron hechas a través de un auto reporte con el “Adult Attention Deficit Disorder; del Evaluation Scale”, y en lo que respecta a las conductas de los padres, se midieron por medio del cuestionario de “Parenting Scale”, para detectar la forma común en la que se aplican estrategias disciplinarias; dentro éste cuestionario había respuestas donde reflejaban su predisposición a ser sumamente reactivo/punitivo o sumamente laxo/permisivo en su estilo disciplinario. A los papás se les solicitó que a través de un audio casete, grabaran la relación que establecían con sus hijos, y en la que lo debían hacer previo al

programa y durante una semana de él, en los horarios en los que ellos tenían dificultades con el manejo de la disciplina. Después de completar el programa de entrenamiento, se evaluó a los papás por segunda vez, tomando en cuenta las grabaciones de sus interacciones con los hijos. Dentro de los resultados que se obtuvieron se encontró que los papás de niños con TDAH, reportaron mayor número de síntomas de TDAH que los de la población adulta general. Las mamás, arrojaron niveles ligeramente superiores en los síntomas de TDAH que los padres, además ellas reportaron altos niveles de falta de atención, los cuales fueron asociados a un estilo permisivo con sus hijos, presentándose tanto antes como después del entrenamiento. Esto a su vez se consideró un gran problema, debido a que dicho estilo se relaciona con los problemas de conducta en los niños. Posterior al entrenamiento, se detectó que los altos niveles de impulsividad de ellos se relacionan a una excesiva permisividad materna. Así mismo, los reportes que se realizaron en cuanto a los síntomas maternos de Déficit Atencional e Impulsividad, no tenían relación con su nivel de atención y cariño hacia sus hijos. Sin embargo posterior al entrenamiento, las madres con mayor impulsividad y baja atención mostraron una mayor predisposición a repetir las órdenes y a discutir con mayor frecuencia. Sus hijos fueron más desobedientes, con mayor tendencia a la discusión y un mayor índice de indiferencia a las órdenes de la mamá. Además, las mamás que habían referido niveles menores de síntomas de TDAH, en contraste, si mostraron un cambio significativo en sus conductas maternas posterior al entrenamiento. Con los resultados de este estudio se confirma la hipótesis de que los papás que reportaron mayores síntomas de falta de atención e impulsividad, fueron más permisivos y reactivos con sus hijos antes y después

del entrenamiento. Los síntomas del TDAH en los padres se asocian con prácticas menos efectivas en su estilo de autoridad, para las mamás en particular, los altos niveles de síntomas de TDAH aparentemente limitan los beneficios que pueden recibir de su participación en programas de entrenamiento. Debido a los resultados, el autor sugiere desarrollar posteriores investigaciones para encontrar programas que impacten favorablemente a éstas madres.

Brophy, M.; Dunn, J. (2002) Realizaron una comparación entre 30 niños y niñas de preescolar “difíciles de manejar” y 30 niños que eran sus compañeros del mismo preescolar, en edades promedio de 4 años. Se utilizó el Cuestionario de Fortalezas y Dificultades de R Goodman (1997). Este estudio se realizó en dos tiempos, a través de observaciones y grabaciones en cinta de audio, en los momentos que interactuaban los niños con sus madres; el primer tiempo transcurrió 18 meses las visitas de seguimiento en casa; pasado dicho tiempo, se realizó el segundo periodo de evaluación. Los niños y madres fueron filmados a través de 4 puntos de observación, es decir al clasificar las interacciones Madre – Hijo, en: Afecto, Control, Falta de Responsabilidad e Inconexión de Comunicación. Cabe diferenciar que en el primer tiempo las madres del grupo “Difíciles de Manejar”, usaron más el control negativo y se involucraron en menos conversaciones conectadas, de lo que lo hicieron las Madres del Grupo Control (compañeros del preescolar). Y en el caso del segundo tiempo, las madres del grupo “Difíciles de Manejar” desplegaron niveles más altos de control negativo y más bajos de niveles de control positivo. Estos resultados son discutidos en términos de la importancia de examinar la comunicación conectada y diferentes

contextos de observación cuando se examinan las interacciones diádicas entre madres e hijo.

Johnston, Ch.; Murria, C.; Hinshaw; S.; Pelham, W.; Hoza, B. (2002) investigaron “La Falta de Responsabilidad dentro de las Interacciones de Madres e hijos con TDAH: relacionadas con las características maternas y de los niños”. Se utilizó una línea base en donde se observó las interacciones entre las madres e hijos. Se estudio a 136 familias de niños de entre 7 y 10 años de edad con TDAH. Se usaron codificadores independientes que calificaban aspectos de estilo del comportamiento de las madres, además factores de análisis en los que se detectaron un factor de falta de responsabilidad en la que se incluía una completa falta de responsabilidad y sensibilidad para el niño, calidez y aceptación y control apropiado. De tal forma que los autores examinaron las relaciones entre (1) Falta de Responsabilidad Materna y Síntomas de Depresión Materna y por otro lado, (2) Síntomas de la Niñez de la Madre con TDAH, Síntomas de Niños con TDAH y Problemas de Conducta. Se detectó que la falta de responsabilidad materna desplegó una única asociación negativa con niños reportados con problemas de conducta por sus madres, pero no con los niños con síntoma de TDAH. Además fue negativamente relacionada con síntomas de Depresión materna. De esta forma los autores de esta investigación analizan su discusión entorno a la única asociación entre los niños con problemas de conducta reportados por sus madres y la paternidad. Por lo que prevén necesario y útil el estudio posterior del estilo de paternidad en Familias de niños con TDAH.

De acuerdo a las investigaciones descritas en este apartado se observan diversos aspectos que tienen en común, es decir factores que influyen en el desenlace del tratamiento del TDAH, tanto de los padres y madres que tiene dicho trastorno, como de los propios hijos que la padecen, además todos convergen en un punto esencial y es precisamente la calidad de la relación vincular madre – hijo, que desde el inicio del nacimiento la forma en como se desarrolle dicha calidad influirá en los pequeños con TDAH para aminorar en el futuro los síntomas de este trastorno. También al recordar uno de los factores predisponentes de éste, como es el caso del hereditario, y específicamente cuando las madres llegan a padecerlo, es detectado en muchos de los casos demasiado tarde, cuando sus propios hijos la padecen, el vínculo entre ambos ya ha sido desarrollado, y desgraciadamente con dificultades para hacerle frente debido a la inestabilidad emocional en la que se encuentra ella, esto traducido en sentimientos de minusvalía, baja autoestima y falta de confianza en sí misma. Tarde o temprano la madre se enfrenta con las repercusiones o el deterioro de la forma como fue el vínculo. Y es precisamente por ello que en esta investigación se busca detectar los afectos y el vínculo de estas madres con sus hijos con TDAH, para que se busquen opciones en el manejo afectivo de estas madres y que permita una mayor satisfacción con ellas mismas, en la relación con sus hijos y por ende favorecer en el pronóstico del tratamiento de los síntomas.

II. METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

1. Planteamiento del Problema:

Dentro de los tipos de afectos enmarcados por esta investigación y desde el cuestionario de Afectos de González Padilla (1995), que se clasifican en: los que decrementan al yo, los que conservan al yo, los que incrementan al yo y los relacionados con los objetos, ¿existen diferencias por áreas de los afectos que expresan las madres con hijos diagnosticados con TDAH y las madres con hijos sin el trastorno y cuáles son las consecuencias en la relación vincular?

2. Objetivos.

1. Explorar si existen diferencias en los afectos que expresan las madres con hijos diagnosticados con TDAH y las madres que tienen hijos sin el TDAH.
2. Obtener conclusiones sobre los afectos que se expresan en la relación vincular madre-hijo con TDAH.

3. Hipótesis

H01- No existe diferencias significativas en la expresión de afectos por áreas en las madres con hijos diagnosticados con TDAH y las madres con hijos sin el trastorno.

H02 - No existe diferencia significativa en los afectos que decrementan al yo entre las madres con hijos diagnosticados con TDAH y las madres de hijos sin el trastorno.

H03 - No existe diferencia significativa en los afectos que conservar al yo entre las madres con hijos diagnosticados con TDAH y las madres con hijos sin el trastorno.

H04 – No existe diferencia significativa en los afectos que incrementan al yo entre las madres con hijos diagnosticados con TDAH y las madres con hijos sin el trastorno.

H05 - No existe diferencia significativa en los afectos que se relacionan con sus objetos entre las madres con hijos diagnosticados con TDAH y las madres con hijos sin el trastorno.

H06 – No existe diferencia significativa en los afectos manifestados en la relación vincular entre las madres con hijos con TDAH y las madres con hijos sin el trastorno.

4. Tipos de variables:

V.I. = Madres de hijos diagnosticados con TDAH.

V.D.1. Afectos.

V.D.2. La relación vincular de la madre con el hijo.

4.1. Definición de variables

4.1.1. Variable Conceptual:

V. I. Las madres de hijos diagnosticados con TDAH.

Mujeres que tienen un hijo de entre 6 y 12 años de edad, con un trastorno ya diagnosticado y que es definido dicho trastorno “como un patrón persistente de desatención y/o Hiperactividad (TDAH) en el que dicho patrón es más frecuente y grave que el observado habitualmente en niños con grado de desarrollo similar” (Asociación Psiquiátrica Americana, Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales, 1995).

VD1. - Los Afectos.

Se entiende por afectos como la expresión cualitativa de un impulso, de tal forma que los afectos abarcan todos aquellos estados de ánimo, así como todas las reacciones que provienen de dicho impulso, González Núñez (1987).

VD2.- Relación vincular de la madre con el hijo.

Bowlby (1979) define al vínculo dentro de su teoría de Apego, como una conducta social denominada "apego", que es propia del individuo para establecer un vínculo afectivo, que es la forma en como se relaciona un individuo afectivamente con sus figuras que le son significativas, la cual se manifiesta a través de conductas que tienden a la proximidad con dichas figuras y que perdura durante la mayor parte de la vida.

Los afectos que se conceptualizaron para este instrumento fueron:

MIEDO. Sentimiento de inquietud experimentado en presencia o ante la idea de un peligro. Emoción desagradable que puede desencadenar actos violentos provocados por una situación de peligro.

Emoción que es activada por la percepción de daño o peligro, desde 2 ángulos como es el físico o psicológico. Desde el plano psicológico cuando la persona no se percata qué es exactamente lo que le da miedo manifiesta ansiedad, angustia, tensión, preocupación, aprensión, manifestándose a través de diversas experiencias que le golpeen la autoestima o la amenaza de pérdida de una persona significativa (Revee 1994).

La forma como se manifiesta el miedo desde el ángulo físico, es cuando la persona le tiene miedo a algo que observa y que le provoca alterarse fisiológicamente y se manifiesta alarmada, asustada, con terror, pánico.

RABIA. Ira, Enfado o enojo grande (Enciclopedia en carta 2004). Esta emoción llega a estar matizada por la pasión de tal forma que propicia que la persona que la experimente se llega a acalorarse. La rabia se genera por el deseo de tener el control pudiendo ser de forma física o psicológica. Ejemplos de ellos pueden ser: en el aspecto físico el querer retener a alguien a fuerza usando los medios para conseguirlo como poner a una persona tras barrotes. El control psicológico se puede manifestar mediante las reglas, normas o el límite que se impone una persona para realizar algo. La rabia también puede activarse a través de la frustración, ésta generalmente se da ante la interrupción de una conducta que se dirigía a la consecución de una meta, un ejemplo de ello puede ser la descompostura de un coche cuando la persona le urge llegar a tiempo a una cita. Ante experiencias así, la persona llega a reaccionar en forma intempestiva, grita, maldice, avienta cosas, se desquita con alguien de lo que le sucedió. También se observa a la persona con explosión de ira, cólera, hostilidad, rencor, envidia, resentimiento o venganza (Revee, 1994).

PACIENCIA. Es la actitud que tiene una persona para saber esperar con calma y tolerar que no obtenga algo en el momento que se quiere. Es cuando una persona logra reaccionar ante las situaciones de una forma asertiva, conteniendo sus emociones de forma que no las actúe, un ejemplo de ello puede ser al manejar los límites que hacen las mamás en el proceso de la educación de sus hijos que al poner el límite no agrada o se desespera con su hijo (Enciclopedia en Carta, 2004).

SORPRESA. Es la más breve de las emociones. Esta emoción puede provocarse ante acontecimientos repentinos o inesperados como el trueno, otra

forma puede ser ante acontecimientos cognitivos como un acordarse del olvido de una cita importante. Otra forma de darse es después de que se producen consecuencias inesperadas de alguna actividad en curso. La persona puede sentirse con estupor o incredulidad (Revee, 1994).

ALEGRÍA. Sentimiento de placer que por lo regular se origina por una grata satisfacción interna y que se llega a manifestar por acciones que realiza una persona. Como sería divertirse, cuando logra disfrutar la experiencia le produce dicha, buen humor, felicidad, satisfacción júbilo, deleite, vitalidad, satisfacción, placer, ganas de realizar cosas, alivio, triunfo, euforia, etc. (Revee, 1994).

AMOR. Sentimientos positivos entre padres e hijos, interés de una persona a otra para proporcionar un estado de bienestar. Cuando la persona se siente así se observa afectuosa, cariñosa, compasiva, con ternura; siente una gran estima por la persona amada, le cae bien. (Revee, 1994).

TRISTEZA. Estado de ánimo que se caracteriza por melancolía, y que se manifiesta por ánimo decaído, por sensaciones de vacío, existe una apatía en las vivencias. La persona puede sentir desde agonía, dolor, inseguridad, depresión, culpabilidad, vergüenza, hasta manifestar aislamiento, abandono, derrota o pena. (Revee, 1994).

4.1.2. Variables Operacionales:

V.I. = Las madres con hijos diagnosticados con TDAH – Se valoró por autoinforme y con el diagnóstico de los hijos previamente elaborado.

V.D 1= Afecto – Se midió con la escala de Afectos de González Padilla (1995) en la cual se midió los 4 factores de afectos: Afectos que decrementan al yo; afectos que incrementan; Afectos que conservan al yo; Afectos que se

relacionan con sus afectos.

V.D.2= Relación Vincular – Se midió por el tipo de respuestas de un cuestionario cualitativo exploratorio en donde reflejaran los afectos manifestados por las madres de hijos con TDAH.

Se conceptualiza en forma operacional cada uno de los afectos detectados en el cuestionario, por lo que de acuerdo al concepto definido, refleja determinada conducta.

5. Muestra

El tipo de muestreo fue por cuotas (muestreo no probabilístico) debido a que se requirieron para el estudio dos grupos independientes (Kerlinger 2002):

1. Madres con hijos con TDAH.
2. Madres n hijos sin TDAH.

En cada grupo se incluyeron por cuota 30 madres con hijos de 6 a 12 años.

6. Diseño de investigación:

El diseño que se aplicó en esta investigación es denominado pre experimental de comparación con un grupo estático, el cual utilizó dos muestras en donde se incluyen a dos grupos de estudio, el primero de 30 personas de sexo femenino que son madres con hijos diagnosticados con el TDAH, y el segundo de 30 personas de sexo femenino que son madres con hijos sin el trastorno.

7. Tipo de estudio

El tipo de estudio realizado fue ex postfacto de tipo descriptivo (Kerlinger 2002).

8. Escenario:

En esta investigación se encontró apoyo para su realización en 3 escenarios: En un Hospital del gobierno al sur de la ciudad, en donde se le aplicó a 8 sujetos mujeres, que debido a la dificultad de que la autora de esta investigación los aplicara, fue realizada por una psicóloga del lugar en espacios lo suficientemente estables para su realización.

En un consultorio particular en la zona suroeste de la ciudad y donde de igual manera que la anterior fueron aplicados los instrumentos a 15 mamás con hijos diagnosticados con TDAH; y

En una clínica particular en la zona sur de la ciudad, dándose la misma situación que las anteriores se aplicaron a 7 sujetos mujeres con hijos diagnosticados con TDAH.

9. Instrumentos.

9.1. Instrumento 1:

El Cuestionario de Afectos de González Padilla (1995), consta de 96 reactivos, el cual se basó en el método de rangos sumariados de Likert, en donde se propuso cinco opciones: 5, muy frecuente; 4, frecuente; 3, medianamente frecuente, 2 poco frecuente; 1, muy poco frecuente.

En el cuestionario de afectos se manejan cuatro áreas:

- **Afectos que decrementan al Yo**

Siento que defraudo a los demás
Me siento fracasado en mi vida emocional
Siento que he perdido
Siento que no cumplo con mis metas
Me siento fracasado en mis estudios
Me siento fracasado en mi vida social
Me siento deprimido
Me siento enojado con mis hermanos
Me siento enojado con mi mamá
Me siento enojada con mi papá
Siento coraje
Me siento triste
Me siento culpable
Me siento arrepentido
Me siento enojado
Siento que soy grosero
Siento ganas de aislarme
Siento ganas de vengarme
Siento ganas de pegar
Me siento agresivo
Siento ganas de irme a mi casa
Siento rencor
Siento que no puedo controlar mi coraje
Siento que no puedo controlar mis impulsos sexuales
Me siento abandonado
Siento desprecio
Me siento despreciado
Siento desesperación
Siento nostalgia
Siento miedo
Me siento desilusionado
Me siento nervioso
Siento envidia
Siento celos
Me siento incomprendido
Me siento indiferente
Me siento egoísta
Me siento infiel
Me siento hipócrita
Siento ganas de suicidarme
Me siento reprimido
Siento que soy avaro
Me siento aburrido
Siento preocupación
Siento amargura
Siento dolor
Siento fastidio
Me siento humillado
Siento vergüenza

- **Afectos que conservan al Yo**

.Siento que trato correctamente a las personas
Siento que soy sincero con los demás
Siento que soy comprensivo
Siento ganas de ayudar a la naturaleza
Siento que soy respetuoso
Siento que puedo corregir
Siento ganas de agradar
Me siento bondadoso
Siento que soy compartido
Me siento paciente
Siento lealtad
Siento gratitud
Siento libertad
Siento ternura
Me siento conforme
Siento admiración
Me siento obediente
Me siento justo
Me siento honrado
Me siento noble
Siento que perdono
Siento simpatía

- **Afectos relacionados con sus objetos**

Me siento acompañado
Siento confianza en los demás
Me siento feliz
Siento que estoy contento
Siento que estoy contento con mi mamá
Siento ganas de ayudar a las personas que no se pueden superar
Siento que soy sincero conmigo
Siento cariño hacia mis amigos
Siento cariño hacia mi familia
Siento satisfacción
Siento amor
Siento que soy amigable
Me siento motivado
Me siento enamorado
Siento ganas de superarme

- **Afectos que incrementan al Yo**

Siento que soy creativo
Siento que soy original
Siento que soy exitoso
Siento que soy autosuficiente
Siento que cumplo con mis metas
Siento que soy responsable
Siento que tengo confianza en mi mismo
Me siento optimista
Siento que no cumplo con mis metas
Siento que tengo iniciativa
Me siento productivo

El nivel de medición del instrumento es de tipo intervalar.

Su validación se realizó mediante un análisis factorial con rotación de varimax para 4 factores, y partiendo de la matriz de intercorrelación de los reactivos; en la validez de constructo se había supuesto que en cada factor se agruparía los reactivos que corresponden para cada área. De tal forma que se logró lo previsto, ya que se agruparon como se esperaba. Cabe resaltar que en las cargas factoriales de cada reactivo fue mayor o igual a 0.30, además de haber logrado una pureza general en todos los reactivos. Así mismo se observó que los cuatro factores logran explicar en forma integral una varianza del 39% total.

Es importante mencionar que la confiabilidad de cada área se obtuvo mediante el Alpha de cronbach, y fue superior a 0.75 en cada caso, debido a ello se puede afirmar que todos los reactivos de cada una de las áreas se comportan de forma homogénea y por lo tanto se refleja su alto índice de confiabilidad para cada una de ellas.

Para corroborar el comportamiento final de todos los reactivos así como su validez del instrumento, se obtuvo una correlación de cada uno de los ítems y el total del área a la que pertenecían cada uno, esto, a través de la formula

regular producto-momento, y en el cual se observó que las correlaciones ítems-total son significativas siendo el $p < 0.01$. (Ver anexo 1)

9.2. Instrumento 2.-

El Cuestionario exploratorio, consta de 15 preguntas para responder de forma abierta y una pregunta de frecuencia, este cuestionario fue realizado por la autora de esta investigación basándose en la Teoría de Bowlby, que define al “Apego” como una conducta social en donde surge un vínculo afectivo, que es la forma en como se relaciona un individuo afectivamente con otros que le son significativos, que manifiestan conductas que tienden a la proximidad y que perdura durante la mayor parte de la vida.

Este cuestionario se validó por el método de jueceo. Fueron interpretadas las respuestas por tres investigadores, obteniendo una concordancia del 70% de las interpretaciones hechas.

Pretende detectar los afectos que manifiestan las madres con sus hijos en sus reacciones, actitudes y percepciones como consecuencia de su relación vincular y ante los síntomas que presentan los hijos del propio trastorno, como son las conductas relacionadas con la desatención, impulsividad e hiperactividad. (Ver Anexo 2).

10. Procedimiento:

Se procedió a la recopilación Bibliográfica de distintas fuentes, se incluyen libros que abarcan de los años 1969 al 2004, se trató de enfocar dicha bibliografía más actual, así mismo se incluyeron revistas y páginas de Internet.

Una vez estructurado el Marco Teórico de esta investigación se procedió a

la búsqueda de las muestras.

Después de encontrar los lugares aprobados para realizar la investigación de la población de madres con hijos diagnosticados con TDAH, y de acuerdo a la selección con los criterios de inclusión, los cuestionarios fueron aplicados en 3 instituciones. Se solicitó en un Hospital del Gobierno en la zona sur, obteniéndose así a 8 madres, y en donde al no poderseles aplicar por la investigadora por cuestiones de proteger la estabilidad emocional de ellas, la psicóloga encargada les aplicó los instrumentos, en un espacio de 1.50 m x 1.50 m², apoyándose en un escritorio y con lápiz o pluma. El 2° lugar de aplicación se realizó en un consultorio particular ubicado en la zona sur de la ciudad de México, en donde se atienden a niños y adolescentes con problemas de aprendizaje, y del TDAH.

Igualmente, previamente seleccionada la población necesaria, de acuerdo a los criterios de inclusión, la psicóloga de lugar fue la encargada de aplicar los cuestionarios a 7 madres, llevándose a cabo en una sala de 4 por 5 metros cuadrados, en donde se podían sentar, y en el tiempo en el que esperaban la atención a sus hijos, se les daba el material necesario para su realización, el contenido era una carátula de datos generales e instrucciones; la escala de afectos de la Dra. González Padilla y un cuestionario exploratorio para detectar los afectos que expresan a través de las relaciones cotidianas que tienen con sus hijos. El tercer lugar fue en otro consultorio particular en la zona centro de la ciudad de México, donde atienden a niños con problemas de aprendizaje, e igualmente con TDAH. La atención es dada por un equipo de psicólogas, las cuales fueron las que les aplicaron los instrumentos a las madres de 15 niños con dicho trastorno, las cuales respondieron la información de manera

individual y en el tiempo en el que se les daba asistencia terapéutica a su hijo.

Cabe mencionar que las profesionales que aplicaron los cuestionarios fueron capacitadas por la autora de esta investigación. Además es importante mencionar que los cuestionarios se les agregaron una carátula de datos generales e instrucciones

En el caso de la población de madres con hijos de entre 6 y 12 años sin el TDAH, se encontró en varios lugares, como es el caso de una escuela ubicada en el sur de la ciudad, en donde fue aplicada en la misma escuela dentro de uno de los salones y a través de las autoridades de la escuela, a 15 madres. En el segundo sitio fue aplicado a 8 madres de un equipo de fútbol rápido, en un sitio abierto y en gradas con asientos apoyándose con tablas y utilizando plumas para contestar, presenciando la aplicación la autora de esta investigación,. En tercer lugar se realizó en la casa de una de las señoras que participaron, ubicada al sur de la ciudad, asistiendo al lugar tanto la autora de esta investigación como 7 señoras, que contestaron los instrumentos. El lugar se encontró en condiciones adecuadas en cuanto a la comodidad e iluminado.

11. Tratamiento Estadístico

Al recabar todos los cuestionarios de Afectos de González Padilla y los exploratorios de tipo cualitativo en lo referente a los afectos expresados por las madres como consecuencia de la relación vincular, se procedió a lo siguiente:

En el caso del cuestionario de Afectos de González Padilla, se realizó una base de datos en SPSS, una vez hechas las 60 aplicaciones del cuestionario de afectos. En el estudio se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para grupos independientes, en los casos de comparaciones de diferencias

estadísticamente significativas entre los dos grupos; esta prueba es de tipo no paramétrico debido al nivel de medición del instrumento (ordinal). Se efectuó un análisis de diferencias por factores para comprobar si existen diferencias significativas en las puntuaciones de cada factor entre el grupo de madres con hijos diagnosticados con TDAH y el grupo de madres con hijos sin el trastorno, mediante una prueba no paramétrica de Mann – Whitney – Wilcoxon para datos ordinales, con nivel de significancia al 0.05 (al 95% de confiabilidad), ya que cada grupo no posee más de 30 elementos y el comportamiento de la curva de frecuencia no es de tipo normal debido al muestreo no probabilística. Las puntuaciones de cada factor se promediaron por cada grupo, es decir el grupo madres con hijos sin el TDAH y el grupo de madres con hijos sin el trastorno, para el factor de afectos que Decrementan al Yo se llevó a cabo una remodificación de valores, debido a que para los demás factores (Incrementan al Yo, Conservan al Yo, y Relacionados con sus Objetos) la puntuación extrema es de 5 que indica un mejor manejo afectivo por parte del yo y una puntuación extrema de 1 indica menor manejo afectivo, en cambio para el factor de afectos que Decrementan al yo es al revés, 1 indica mejor manejo afectivo y el 5 menor manejo afectivo, de esta manera una vez realizada la remodificación de valores se llevó a cabo un promedio de puntuación de cada persona y se agruparon de acuerdo al criterio madres de hijos diagnosticados con TDAH y madres de hijos sin el trastorno.

En cuanto al cuestionario exploratorio, se realizó una base de datos de las frecuencias de aparición de los afectos manifestados, la interpretación es de tipo nominal, la cual se contabilizó de la pregunta 1 – 6 y 8 – 16 para realizar las categorías de los afectos manifestados en las madres en sus reacciones,

actitudes y percepciones hacia sus hijos como consecuencia de la relación vincular. Una vez hecha la base de datos se realizó una prueba de comparación de medias, se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney-Wilcoxon porque a pesar que los datos que se manejan son frecuencias y poseen un nivel de medición de razón, no se puede inferir normalidad en la distribución de las frecuencias debido a que la muestra esta compuesta de 15 elementos (1-6 y 8-16) en cada grupo independiente.

Para la pregunta No. 7 del cuestionario se realizó una prueba no paramétrica para grupos independientes. Esta pregunta posee un nivel intervalar, por la forma de responder de las madres. Dentro de las respuestas dadas se encuentran: Muy Poco frecuente, Poco frecuente, Medianamente frecuente y Muy frecuente.

III. RESULTADOS

RESULTADOS

Para comprobar las hipótesis:

H0-1 – No existe diferencia significativa en la expresión de afectos por áreas en las madres con hijos diagnosticados con TDAH y las madres con hijos sin el trastorno.

Se obtuvieron los siguientes resultados del Cuestionario de Afectos:

Tabla 1 Forma de expresión de Afectos:

AREA DE AFECTOS	PORCENTAJE DE LA EXPRESIÓN AFECTIVA Experimental (hijo con TDAH)	PORCENTAJE DE LA EXPRESIÓN AFECTIVA Control (hijo sin TDAH)
Afectos que decrementan al Yo	16.%	12%
Afectos que conservan al Yo	28.%	28%
Afectos relacionados con sus objetos	28.%	31%
Afectos que incrementan al Yo	26.%	27%

De acuerdo a la Tabla 1 los resultados muestran que ambos grupos manejan de forma similar la expresión afectiva, en el sentido que expresan en primer lugar los afectos Relacionados con sus Objetos, en segundo orden los afectos que Conservan al Yo, en tercer lugar los afectos que Incrementa al Yo y por último los afectos que Decrementa al Yo.

Tabla 2 Reactivos con diferencia significativa:

Reactivo	Significancia ($X < \alpha = 0.05$)	Área del reactivo	Grupo de mayor expresión
05. Siento que defraudo a los demás	0.003	A.D.	E
19. Me siento fracasado en mis estudios	0.014	A.D.	E
20. Me siento fracasado en mi vida social	0.021	A.D.	E
25. Me siento enojado con mi papá	0.012	A.D.	E
28. Me siento triste	0.007	A.D.	E
29. Me siento culpable	0.020	A.D.	E
36. Siento que soy grosero	0.050	A.D.	E
39. Siento ganas de aislarme	0.002	A.D.	E
49. Siento desprecio	0.037	A.D.	E
50. Me siento despreciado	0.039	A.D.	E
55. Siento nostalgia	0.018	A.D.	E
58. Me siento desilusionado	0.006	A.D.	E
74. Me siento reprimido	0.015	A.D.	E
77. Siento preocupación	0.001	A.D.	E
01. Me siento acompañado	0.032	A.R.O.	C
17. Siento que estoy contento con mi mamá	0.015	A.R.O.	C
38. Siento cariño hacia mi familia	0.050	A.R.O.	C
45. Siento satisfacción	0.013	A.R.O.	C
84. Me siento conforme	0.017	A.R.O.	C
11. Me siento optimista	0.049	A.I.	C
82. Siento libertad	0.004	A.C.	C
89. Me siento justo	0.002	A.C.	C
90. Me siento honrado	0.020	A.C.	C

De acuerdo a la Tabla 2, se observan los reactivos con diferencia estadísticamente significativa que se obtuvieron del cuestionario de Afectos. En ella se describe el nivel de significancia que varía de 0.05 a 0.005, su Área afectiva del reactivo en la que se describen: A.D.= Afectos que Decrementan al Yo; A.R.O.= Afectos Relacionados con sus Objetos; A.I.= Afectos que Incrementan al Yo; A.C.= Afectos que Conservan al Yo; y el grupo en el que

hubo una mayor expresión (puntuación) del reactivo (C=Control; E=Experimental).

Por lo tanto se rechaza la Hipótesis Nula $H_0 -1$. Debido a que sí se encontraron diferencias significativas en 23 afectos comparados en ambos grupos.

En cuanto a la comprobación de:

H_0-2 - No hay diferencia significativa en los afectos que Decrementan al Yo entre las madres con hijos diagnosticados con TDAH y las madres con hijos sin este trastorno.

Tabla 3 Puntuación promedio del comportamiento de expresión afectiva en el área que decrementa al Yo:

Área de Afectos	Tipo de grupo	N	Puntuación Promedio
Afectos que decrementan al Yo	experimental (hijo con TDAH)	30	36.90
	control (hijo sin TDAH)	30	24.10
	Total	60	

En la Tabla 3 se muestran los resultados de la puntuación promedio en la expresión afectiva entre los dos grupos en el área que Decrementa al Yo, existe una mayor expresión afectiva en el grupo experimental, ya que existe una diferencia de 12.80 en puntuación promedio.

Tabla 4: Resultados de la Prueba U de Mann-Whitney en la expresión de afectos que Decrementan al Yo

	Afectos que decrementan al Yo
U de Mann-Whitney	258.000
W de Wilcoxon	723.000
Z	-2.839
Significancia asintótica	.005

De acuerdo a la Tabla 4 con los resultados de la prueba U de Mann-Whitney en la expresión de afectos que Decrementan al Yo entre el grupo experimental y el grupo control, **sí** existen diferencias significativas en la expresión afectiva de dicha área, ya que el valor de Significancia asintótica es de 0.005; siendo este valor menor a 0.05.

De acuerdo a lo anterior, se rechaza la Hipótesis nula H0-2. Debido a que las madres con hijos diagnosticados con TDAH presentan una expresión significativamente mayor con relación a las madres con hijos sin TDAH.

En cuanto a la comprobación de:

H0-3 - No hay diferencia significativa en los afectos que Conservan al Yo entre las madres con hijos diagnosticados con TDAH y las madres con hijos sin este trastorno.

Tabla 5: Puntuación Promedio del comportamiento de expresión afectiva en el área de afectos que conservan al Yo.

Área de Afectos	Tipo de grupo	N	Puntuación Promedio
Afectos que conservan al Yo	experimental (hijo con TDAH)	30	26.72
	control (hijo sin TDAH)	30	34.28
	Total	60	

De acuerdo a la Tabla 5 con los resultados de la puntuación promedio de la expresión afectiva entre los dos grupos en el Área que Conserva al Yo, existe diferencia de 7.44 del puntaje promedio, sin embargo no logra haber una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos.

Tabla 6: Resultados de la Prueba U de Mann-Whitney de la expresión de afectos que Conservan al Yo.

	Afectos que conservan al Yo
U de Mann-Whitney	336.500
W de Wilcoxon	801.500
Z	-1.680
Significancia asintótica	.093

De acuerdo con la Tabla 6, Los resultados estadísticos de la Prueba U de Mann-Whitney indican que aunque existe una diferencia de la expresión afectiva en el área de afectos que Conservan al Yo entre ambos grupos, ésta no es estadísticamente significativa ya que el valor de Significancia $0.093 > 0.05$ (es mayor a $.05$).

Por lo que se acepta Hipótesis Nula H0-3 - No hay diferencia significativa en los afectos que Conservan al Yo entre las madres con hijos diagnosticados con TDAH y las madres con hijos sin este trastorno.

En cuanto a la comprobación de:

H0-4 - No hay diferencia significativa en los afectos que Incrementan al Yo entre las madres con hijos diagnosticados con TDAH y las madres con hijos sin este trastorno.

Tabla 7: Puntuación Promedio de la expresión afectiva en el Área de afectos que Incrementa al Yo.

Área de Afectos	Tipo de grupo	N	Puntuación Promedio
Afectos que incrementan al Yo	experimental (hijo con TDAH)	30	27.33
	control (hijo sin TDAH)	30	33.67
	Total	60	

De acuerdo con los resultados de la Tabla 7, la puntuación promedio de la expresión afectiva en el área que Incrementa al Yo entre los dos grupos, muestran una pequeña diferencia de 6 en la puntuación promedio entre los dos grupos, sin embargo no logra haber una diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 8: Resultados estadísticos de la Prueba U de Mann-Whitney de la expresión afectiva en el área de afectos que incrementa al Yo.

	Afectos que incrementan al Yo
U de Mann-Whitney	355.000
W de Wilcoxon	820.000
Z	-1.408
Significancia asintótica	.159

En la Tabla 8, los resultados estadísticos de la Prueba U de Mann-Whitney de la expresión afectiva en el Área de afectos que Incrementan al Yo entre los dos grupos, indican que el valor de significancia asintótica es de 0.159, por lo que no hay diferencia estadísticamente significativa ya que $0.159 > 0.05$, y excede el valor de la frontera de decisión estadística.

De acuerdo con los datos anteriores, se acepta Hipótesis Nula H0-4. Debido a que no hay diferencia significativa en los afectos que incrementan al yo entre las madres con hijos diagnosticados con TDAH y las madres con hijos sin este trastorno.

En cuanto a la comprobación de:

H0-5 - No hay diferencia significativa en los afectos que se Relacionan con sus Objetos entre las madres con hijos diagnosticados con TDAH y las madres con hijos sin este trastorno.

Tabla 9: Resultados de la Puntuación Promedio en la expresión de afectos Relacionados con sus Objetos.

Área de Afectos	Tipo de grupo	N	Puntuación Promedio
Afectos relacionados con sus objetos	experimental (hijo con TDAH)	30	25.50
	control (hijo sin TDAH)	30	35.50
	Total	60	

De acuerdo a la Tabla 9, los resultados de la puntuación promedio en la expresión afectiva en el Área Relacionados con sus Objetos entre los dos grupos, existe una menor expresión de afectos en el grupo de madres con hijos con TDAH en comparación con el grupo control, ya que existe una diferencia de 10 en el puntaje promedio.

Tabla 10 Resultados de la Prueba U de Mann-Whitney de la expresión de afectos relacionados con sus objetos.

	Afectos relacionados con sus objetos
U de Mann-Whitney	300.000
W de Wilcoxon	765.000
Z	-2.222
Significancia asintótica	.026

De acuerdo a la Tabla 10, los resultados de la prueba de Mann-Whitney el nivel de significancia es de 0.026, este valor es menor a 0.05 ($0.026 < 0.05$) por lo que se puede concluir que existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la expresión de afectos Relacionados con sus Objetos entre los dos grupos.

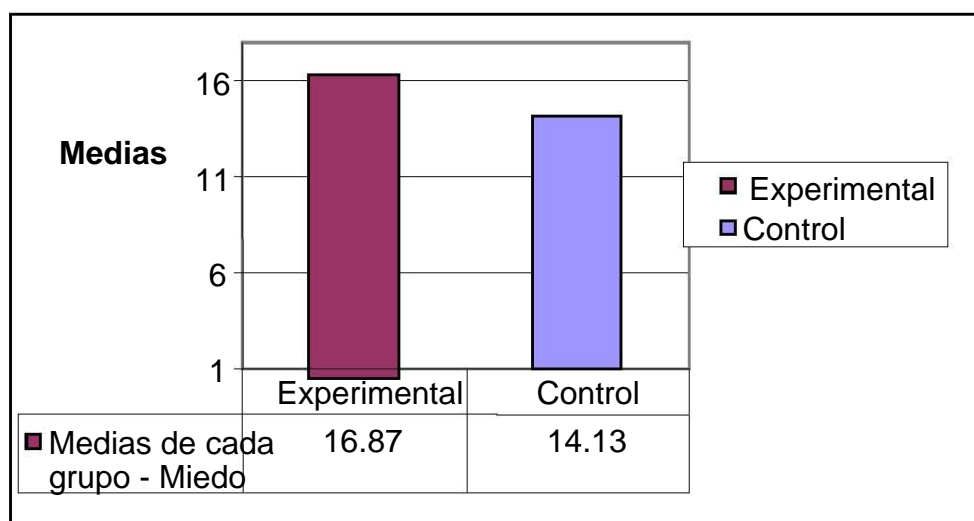
Por lo tanto se rechaza Hipótesis Nula H0-5. Ya que sí se encontraron diferencia significativa en los afectos que se relacionan con sus objetos entre las madres con hijos diagnosticados con TDAH y las madres con hijos sin este trastorno.

Para Comprobar la hipótesis:

HO6 – No existe diferencia significativa en los afectos manifestados en la relación vincular entre las madres con hijos con TDAH y las madres con hijos sin el trastorno.

Se obtuvieron los siguientes resultados del cuestionario exploratorio:

Figura 5: Afectos manifestados de Miedo.



Del afecto de Miedo que manifestaron las madres del grupo experimental con el 16.87 de media y el grupo control con 14.13, no existe diferencia significativa entre ambos.

Tabla 11: Resultados estadísticos de la prueba U de Mann-Whitney-Willcoxon de las respuestas interpretadas de Miedo.

Respuestas	U de Mann-Whitney	Wilcoxon W	Z	Significancia asintótica
En las que se interpreta Miedo	92.000	212.000	-.861	.389

Ejemplos de éstos afectos expresados del grupo experimental se encuentran:

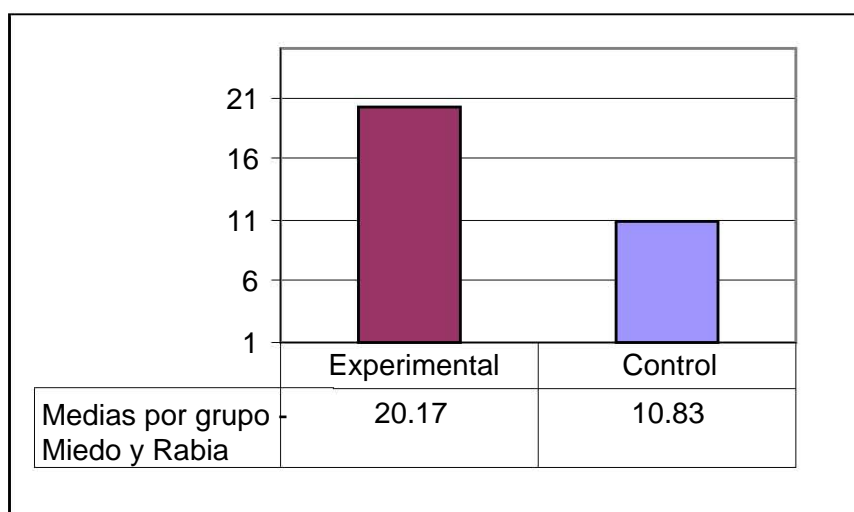
En la pregunta 1: ¿Qué hace usted cuando observa que a su hijo se le dificulta relacionarse con niños de su edad? Una de las madres contestó: “si llegara a pasarle me preocuparía”.

En la pregunta 11: ¿Qué hace usted cuando su hijo se tarda en tomar alguna decisión relacionada con las actividades escolares? Una madre contestó: “Lo apresuro”; otra de ellas respondió: “Le digo que analice y se apure a dar una respuesta”.

En la pregunta: 12: ¿Cómo reacciona usted cuando observa que su hijo realiza alguna conducta en donde pone en riesgo su integridad física? Una de las madres contestó: “Lo regaño y le digo que es peligroso”; otra mamá contestó: “Me angustio y lo reprendo”.

Y la pregunta 13: ¿Qué hace usted cuando observa que su hijo se le dificulta permanecer quieto en un mismo lugar? “Le regaño y le digo que se calme”.

Figura 6: Afectos manifestados de Miedo y Rabia



De los afectos de Miedo y Rabia que manifestaron las madres del grupo experimental con el 20.17 de media y el grupo control con 10.83. Debido a que las madres con hijos diagnosticados con TDAH presentan una expresión mayor con relación a las madres sin el TDAH, **sí** existe diferencia significativa entre ambos.

Tabla 12 Medias por grupo de las respuestas interpretadas de Miedo y Rabia

Respuestas en las que se interpreta Miedo y Rabia	Experimental	15	20.17	302.50
	Control	15	10.83	162.50
	Total	30		

Tabla 13 Resultados estadísticos de la prueba U de Mann-Withney-Willcoxon de las respuestas de Miedo y Rabia:

Respuestas	U de Mann-Whitney	Wilcoxon W	Z	Significancia asintótica
En las que se interpreta Miedo y Rabia	42.500	162.500	-3.389	.001

Ejemplos de éstos afectos expresados del grupo experimental se encuentran:

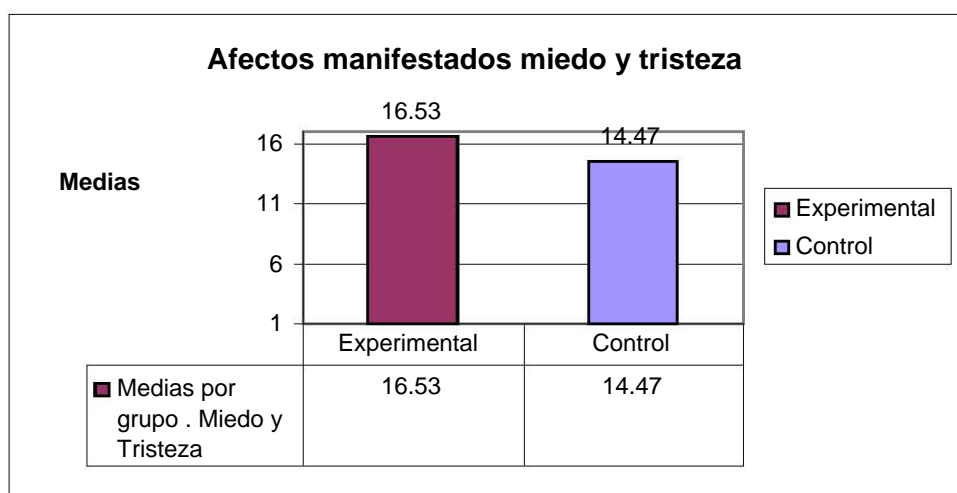
En la pregunta 1: ¿Qué hace usted cuando observa que a su hijo se le dificulta relacionarse con niños de su edad? Una de las mamás contestó: “siento angustia, temor de hacer algo malo y enojo”.

En la pregunta 6: ¿Cómo reacciona usted cuando al hablarle a su hijo para que se siente a comer, éste no responde a su llamado? Otra madre contestó: “le insisto y le grito porque se, que por lo regular se muere de hambre”.

En cuanto a la pregunta 8: Cuando trata de acercarse a su hijo y éste lo ignora, ¿Qué hace usted? Una mamá contestó: “Le reclamo por que me ignora”.

Y en la pregunta 9: ¿Cómo reacciona usted cuando después de haber reprendido a su hijo por una falta de respeto, él se acerca como si nada hubiera pasado y le pide algo que ya le había negado? Otra de ellas responde: “Se lo doy después de haberle pegado”

Figura 7: Afectos manifestados de Miedo y Tristeza



De los afectos de Miedo y Tristeza que manifestaron las madres del grupo experimental con el 16.53 de media y el grupo control con 14.47, no existe diferencia significativa entre ambos.

Tabla 14: Resultados estadísticos de la prueba U de Mann-Withney-Willcoxon de las respuestas Miedo y Tristeza.

Respuestas	U de Mann-Whitney	Wilcoxon W	Z	Significancia asintótica
En las que se interpreta Miedo y Tristeza	97.000	217.000	-1.089	.276

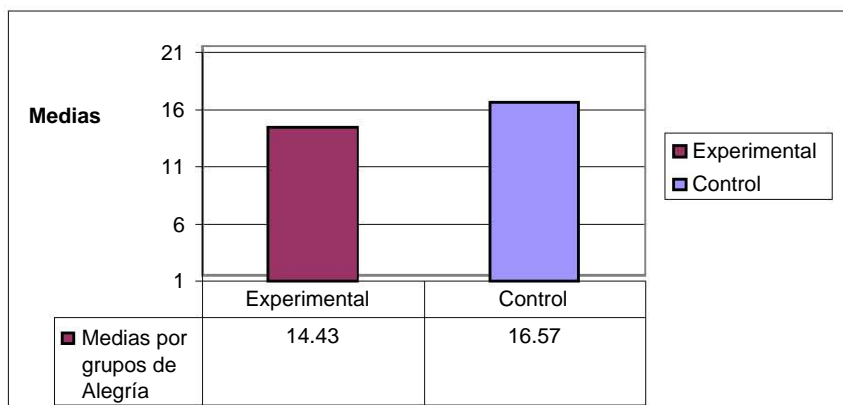
Ejemplos de éstos afectos expresados del grupo experimental se encuentran los siguientes:

En la pregunta 1: ¿Qué hace usted cuando observa que a su hijo se le dificulta relacionarse con niños de su edad? Una de las madres contestó: “Siento angustia, impotencia y dolor”.

En la pregunta 5: ¿Qué actitud toma usted cuando necesita salir sola sin su hijo y éste le dice que no se vaya? Otra madre contestó: “Trato de no sentirme mal, le explico las razones y cuando veo que las entienda, hasta nos abrazamos y nos besamos, nos decimos mutuamente que nos amamos”; otra contestó: “se que hay cosas que no puedo hacer sin él”; otra respondió: “En ocasiones no le digo la verdad por que no se quiere quedar solo”.

Y en la pregunta 11: ¿Qué hace usted cuando su hijo se tarda en tomar alguna decisión relacionada con las actividades escolares? Una madre contestó: “Trato de no desesperarme ni insistirle”.

Figura 8: Afectos manifestados de Alegría



Del afecto de Alegría que manifestaron las madres del grupo experimental con el 14.43 de media y el grupo control con 16.57, no existe diferencia significativa entre ambos.

Tabla 15: Resultados estadísticos de la prueba U de Mann-Whitney-Willcoxon de las respuestas interpretadas de Alegría.

Respuestas	U de Mann-Whitney	Wilcoxon W	Z	Significancia asintótica
En las que se interpreta Alegría	96.500	216.500	-.819	.413

Ejemplos de éstos afectos expresados del grupo experimental se encuentran:

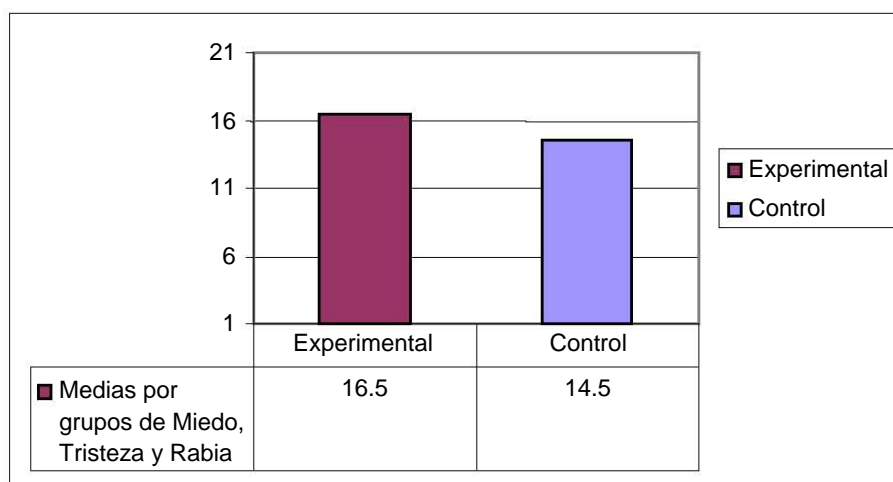
En la pregunta 1: ¿Qué hace usted cuando observa que a su hijo se le dificulta relacionarse con niños de su edad? Una de las madres contestó: “Lo

animo a acercarse para que vea que puede hacer amigos”; otra de ellas contestó: “Platico con él invitándole a participar”.

En la pregunta 10: ¿Cómo reacciona usted cuando su hijo se acerca con la intención de acariciarla? Una mamá contestó: “me siento feliz y correspondo”; otra de ellas contestó: “me siento muy bien”.

Y en la pregunta 11: ¿Qué hace usted cuando su hijo se tarda en tomar alguna decisión relacionada con las actividades escolares? Otra mamá contestó: “Le ofrezco opciones para que tome la decisión”.

Figura 9: Afectos manifestados de Tristeza, Miedo y Rabia.



De los afectos de Tristeza, Miedo y Rabia que manifestaron las madres del grupo experimental con el 16.5 de media y el grupo control con 14.5, no existe diferencia significativa entre ambos.

Tabla 16: Resultados estadísticos de la prueba U de Mann-Withney-Willcoxon de las respuestas interpretadas de Miedo, Tristeza y Rabia.

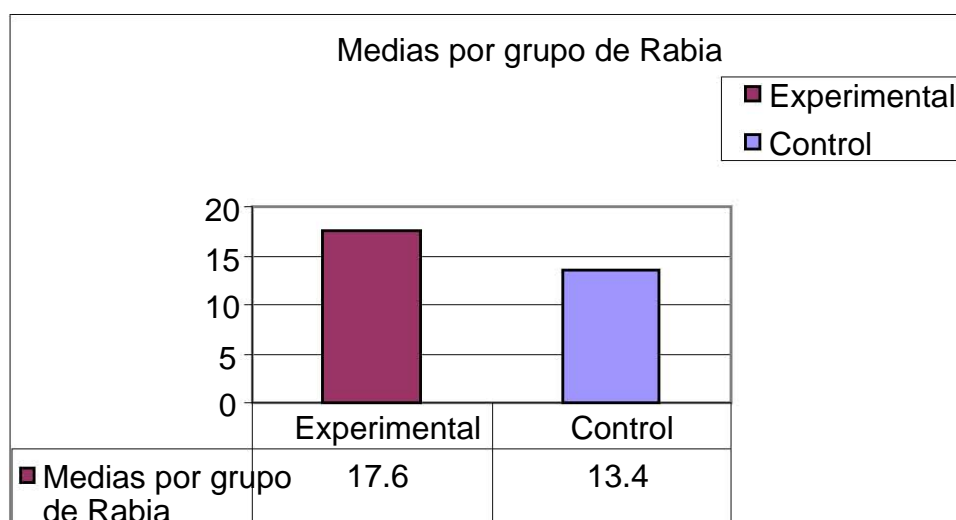
Respuestas	U de Mann-Whitney	Wilcoxon W	Z	Significancia asintótica
En las que se interpreta Miedo, Tristeza y Rabia	97.500	217.500	-1.439	.150

Ejemplos de éstos afectos expresados del grupo experimental se encuentran:

En la pregunta 2: ¿Qué actitud tiene hacia su hijo después de haber tenido una discusión con él? Una de las madres contestó: “De intranquilidad por que siento que le exijo, no acepto cuestionamientos y pienso que es cosa de él que me hace enojar”.

En la pregunta 15: ¿Cómo reacciona usted cuando le da instrucciones a su hijo delante de otras personas y él no le obedece? Otra contestó: “Trato de ignorarlo pero acabo por enojarme, me pongo tensa y lo atiando”.

Figura 10: Afectos manifestados de Rabia.



Del afecto de Rabia que manifestaron las madres del grupo experimental con el 17.6 de media y el grupo control con 13.4, no existe diferencia significativa entre ambos.

Tabla 17: Resultados estadísticos de la prueba U de Mann-Whitney-Willcoxon de las respuestas interpretadas de Rabia.

Respuestas	U de Mann-Whitney	Wilcoxon W	Z	Significancia asintótica
En las que se interpreta Rabia	81.000	201.000	-1.312	.190

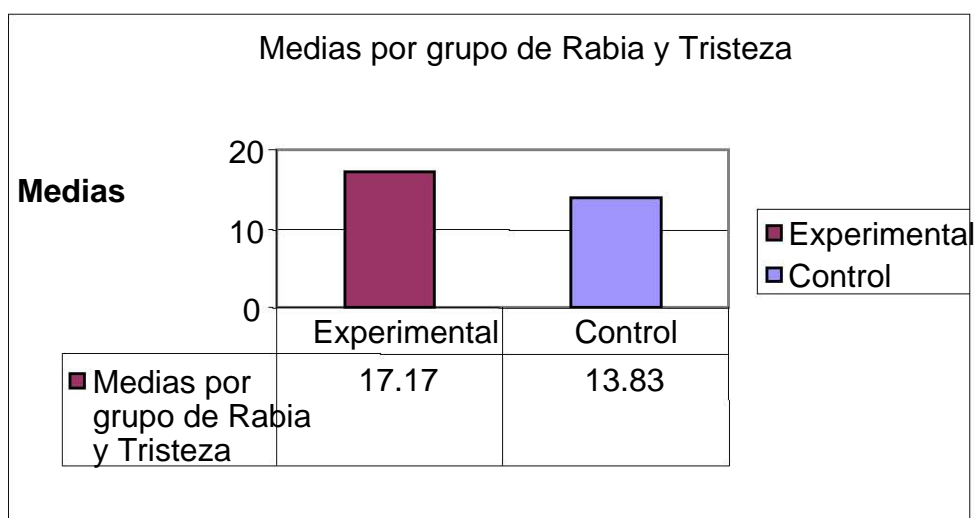
Ejemplos de éste afecto expresados en el grupo experimental se encuentran:

En la pregunta 6: ¿Cómo reacciona usted cuando al hablarle a su hijo para que se siente a comer, éste no responde a su llamado? Una mamá contestó: “me da coraje lo regaño y frecuentemente le grito”; otra contestó: “Le llamo dos o tres veces, si no me molesto y grito”.

En la pregunta 8: Cuando trata de acercarse a su hijo y éste lo ignora, ¿Qué hace usted? Una de las mamás contestó: “me enojo”; otra contesta: “Le advierto que no le daré permiso para salir”.

Y otra pregunta 9: ¿Cómo reacciona usted cuando después de haber reprendido a su hijo por una falta de respeto, él se acerca como si nada hubiera pasado y le pide algo que ya le había negado? Una madre contestó: “me enojo y se lo expreso”.

Figura 11: Afectos manifestados de Rabia y Tristeza



De los afectos de Rabia y Tristeza que manifestaron las madres del grupo experimental con el 17.17 de media y el grupo control con 13.83, no existe diferencia significativa entre ambos.

Tabla 18: Resultados estadísticos de la prueba U de Mann-Withney-Willcoxon de las respuestas interpretadas Rabia y Tristeza.

Respuestas	U de Mann-Whitney	Wilcoxon W	Z	Significancia asintótica
En las que se interpreta Rabia y Tristeza	87.500	207.500	-1.207	.227

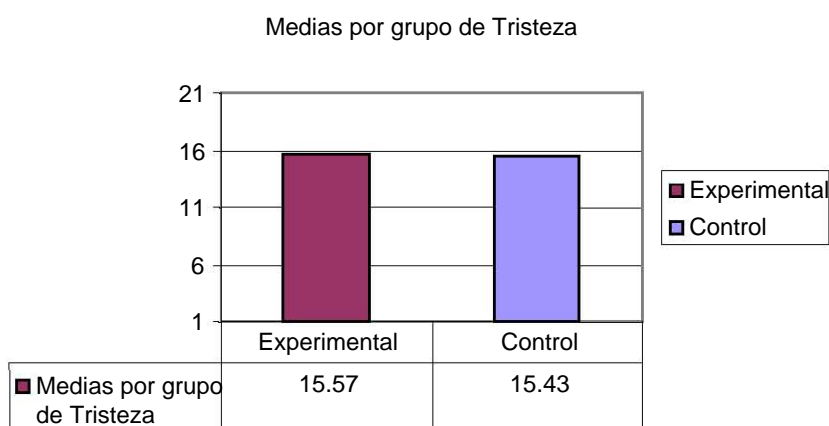
Ejemplos de éstos afectos expresados del grupo experimental se encuentran:

En la pregunta 2: ¿Qué actitud tiene hacia su hijo después de haber tenido una discusión con él? Una de las madres contestó: “me siento enojada, que no entienden lo que les hago ver, que los corrijo porque los quiero y deseo que sean mejores”; otra de ellas contestó: “Durante la discusión me altero y le grito, después de un rato trato de apacharlo y comprenderlo”.

En la pregunta 11: ¿Qué hace usted cuando su hijo se tarda en tomar alguna decisión relacionada con las actividades escolares? Una de las mamás contestó: “Lo regaño y lo hago que la termine, a veces le ayudo”.

En la pregunta 13: ¿Qué hace usted cuando observa que su hijo se le dificulta permanecer quieto en un mismo lugar? Una de ellas contestó: “me desespero y me molesto a veces”; otra contesta: “me desespera y lo regaño”.

Figura 12: Afectos manifestados de Tristeza



Del afecto de Tristeza que manifestaron las madres del grupo experimental con el 15.57 de media y el grupo control con 15.43, no existe diferencia significativa entre ambos.

Tabla 19: Resultados estadísticos de la prueba U de Mann-Whitney-Willcoxon de las respuestas interpretadas Tristeza.

Respuestas	U de Mann-Whitney	Wilcoxon W	Z	Significancia asintótica
En las que se interpreta Tristeza	111.500	231.500	-.044	.965

Ejemplos de este afecto expresados del grupo experimental se encuentran:

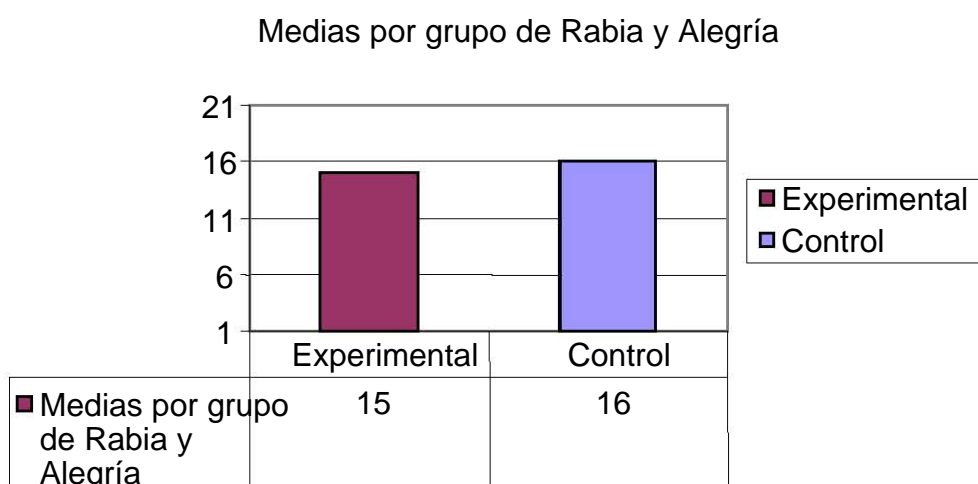
En la pregunta 2: ¿Qué actitud tiene hacia su hijo después de haber tenido una discusión con él? Una mamá contestó: “de tristeza”; otra mamá contestó: “de culpa”.

En la pregunta 3: ¿Qué hace usted cuando su hijo le interrumpe en una conversación que tiene con otras personas? Una mamá contesta: “me siento mal por que lo hace”.

En la pregunta 5: ¿Qué actitud toma usted cuando necesita salir sola sin su hijo y éste le dice que no se vaya? Una mamá contestó: “me da tristeza”.

Y en la pregunta 11: ¿Qué hace usted cuando su hijo se tarda en tomar alguna decisión relacionada con las actividades escolares? Una madre contestó: “me desespero, le grito y aviento cosas pero después me arrepiento”.

Figura 13: Afectos manifestados de Rabia y Alegría



De los afectos de Rabia y Alegría que manifestaron las madres del grupo experimental con el 15 de media y el grupo control con 16, no existe diferencia significativa entre ambos.

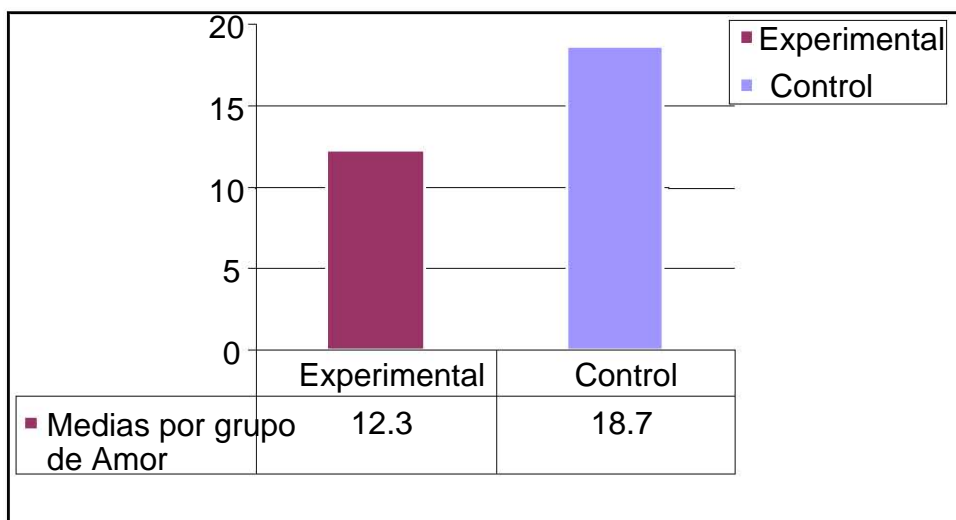
Tabla 20: Resultados estadísticos de la prueba U de Mann-Whitney-Willcoxon de las respuestas interpretadas Rabia y Alegría.

Respuestas	U de Mann-Whitney	Wilcoxon W	Z	Significancia asintótica
En las que se interpreta Rabia y Alegría	105.000	225.000	-1.000	.317

Ejemplos de éstos afectos expresados del grupo control se encuentran:

En la pregunta 2: ¿Qué actitud tiene hacia su hijo después de haber tenido una discusión con él? Una de las madres contesta: “me pongo un poco seria hasta que trato controlar mis impulsos de enojo y coraje, y luego hablamos”; otra de las madres contesta: “Le muestro mi molestia e intento explicarle lo sucedido y negocio con él.

Figura 14: Afecto manifestado de Amor



Del afecto de Amor que manifestaron las madres del grupo experimental con el 12.3 de media y el grupo control con 18.7, **si** existe diferencia significativa entre ambos.

Tabla 21 Medias por grupo en las respuestas que se interpretaron Amor

Repuestas	grupo	N	Media	Suma de rangos
En las que se interpreta Amor	Experimental	15	12.30	184.5
	Control	15	18.70	280.50
	Total	30		

Tabla 22: Resultados estadísticos de la prueba U de Mann-Withney-Willcoxon de las respuestas interpretadas Amor.

Respuestas	U de Mann-Whitney	Wilcoxon W	Z	Significancia asintótica
En las que se interpreta Amor	64.500	184.500	-1.997	.046

Ejemplos de éste afecto del grupo experimental se encuentran:

En la pregunta 3: ¿Qué hace usted cuando su hijo le interrumpe en una conversación que tiene con otras personas? Una de las mamás contestó: “Detengo la conversación, escucho a mi hijo y dependiendo de la situación le digo a la persona o a mi hijo que me permita un momento”. Otra de ellas contestó: “Le pongo atención ya que puede ser una situación de peligro o importante, observo su expresión”.

En la pregunta 5: ¿Qué actitud toma usted cuando necesita salir sola sin su hijo y éste le dice que no se vaya? Una mamá contestó: “Le explico a donde voy y por qué no puede acompañarme”. Otra de ellas contestó: “Le explico que es algo importante y que de todos modos estará bien acompañado”.

Y en la pregunta 6: ¿Cómo reacciona usted cuando al hablarle a su hijo para que se siente a comer, éste no responde a su llamado? Una mamá contestó: “Se que tiene el hábito de la distracción por lo que doy varios llamados”.

De acuerdo a los resultados que se obtuvieron se observa que, de todas las posibles combinaciones de las categorías, hay una frecuencia mayor en su expresión y también existe una diferencia significativa en las madres con hijos con TDAH en las que se interpretaron Rabia y Miedo, es decir que la media que se reporta para el grupo de madres con hijos con TDAH es de 20.17, mientras que la media que se encontró en las madres con hijos sin el trastorno es de 10.83. Y en cuanto a la categoría de Amor existe una disminución en su

expresión en las madres con hijos con TDAH y una diferencia significativa a favor de las madres con hijos sin el trastorno, es decir que la media que se reporta para el grupo experimental es de 12.30 y para el grupo control es de 18.70.

Tabla 23 Resultados estadísticos de Miedo-Rabia y Amor con diferencia significativa.

Respuestas	U de Mann-Whitney	Wilcoxon W	Z	Significancia asintótica
En las que se interpreta Miedo y Rabia	42.500	162.500	-3.389	.001
En las que se interpreta Amor	64.500	184.500	-1.997	.046

De acuerdo con los resultados de la prueba estadística, Sí existen diferencias significativas entre ambos grupos en las respuestas en las que se interpretó Miedo y Rabia con el valor de $Z=-3.389$, y con un nivel de significancia de 0.001; y las respuestas en las que se interpretó Amor con el valor de $Z=-1.997$, y con un nivel de significancia de 0.046.

Por lo que de acuerdo a los resultados anteriores se rechaza la hipótesis nula H_06 , debido a que sí existe una diferencia en los afectos manifestados en la relación vincular de Miedo- Rabia y Amor, entre las madres con hijos con el TDAH y las madres con hijos sin el trastorno.

Para el reactivo siete del cuestionario se realizó una prueba no paramétrica de grupos independientes, a continuación se presenta:

Tabla 24: Reactivo siete ¿Qué tan frecuente no entiende ud. a su hijo?

Pregunta	Tipo de grupo	N	Media
VII. ¿Qué tan frecuente siente que usted no entiende a su hijo?	Experimental (hijo con TDAH)	30	37.87
	control (hijo sin TDAH)	30	23.13
	Total	60	

De acuerdo con las medias presentadas, las madres del grupo experimental reportan sentir con mayor frecuencia que no entienden a sus hijos, observándose una diferencia significativa en la puntuación promedio de 14.74.

Tabla 25: Nivel de significancia de la prueba U de Mann-Whitney-Wilcoxon.

	VII. ¿Qué tan frecuente siente que usted no entiende a su hijo?
Mann-Whitney U	229.000
Wilcoxon W	694.000
Z	-3.376
Significancia asintótica	.001

De acuerdo con los resultados, existen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de madres $Z=-3.37 > -1.96$ y el nivel de significancia asintótica es de $0.001 < 0.05$.

Por lo que se concluye que las madres con hijo que padece TDAH de la muestra reporta sentir con mayor frecuencia que no entiende a su hijo en comparación con las madres cuyo(s) hijo(s) no padecen TDAH.

IV. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

De acuerdo a los resultados obtenidos del cuestionario de Afectos utilizados en esta investigación se encontró que sí existe una diferencias significativa en la expresión de afectos por áreas en las madres con hijos diagnosticados con TDAH y las madres con hijos sin el trastorno.

Al analizar los datos se observa que, a pesar de que la forma en que se expresan los afectos es similar, pues en ambos grupos se muestra en primer lugar los afectos Relacionados con sus Objetos, en segundo los afectos que Conservan al Yo, en tercero los afectos que Incrementan al Yo y por último los afectos que Decrementan al Yo; Sí existen diferencias en la cantidad expresada ya que dentro del área que Decrementan al Yo, los afectos los expresan con una frecuencia significativamente mayor las madres con hijos con TDAH, así como también presentan una frecuencia significativamente menor en los afectos Relacionados con sus Objetos.

Esto significa que al ser los afectos Relacionados con sus objetos los que se expresan en primer lugar, denotan que ambos grupos de madres tienden a desarrollar recursos que les permiten relacionarse afectivamente con las personas que le son significativas. Hay que recordar que para cualquier sujeto el poderse relacionar con otras personas llega a ser un aspecto vital en la vida afectiva de todo ser humano, ya que no vive en forma aislada sino que se encuentra insertado en una sociedad y de forma específica dentro de un núcleo más pequeño de personas que le son significativas y con las cuales se interrelaciona, se intercambian afectos y promueve un enriquecimiento en su mundo interno y externo. Sin embargo las madres con hijos con TDAH,

presenta una frecuencia significativamente menor en comparación con las madres con hijos sin el trastorno, y en específico los siguientes:

Me siento acompañado, siento que estoy contento con mi mamá, siento cariño hacia mi familia, siento satisfacción, me siento conforme, me siento optimista, siento libertad, me siento justo, me siento honrado.

La segunda Área de expresión y de forma similar en los dos grupos, es el Área que Conserva al Yo, en ella se incluyen afectos que le permite al sujeto tener una estabilidad para lograr una mayor adaptabilidad en su mundo interno y externo, por lo que se puede hablar que son madres que cuentan con recursos para encontrar dicha adaptabilidad.

El Área de expresión afectiva que le sigue para los dos grupos de madres es la que Incremental al Yo, sin embargo al expresar los afectos contenidos en ella en tercer sitio, tiende a disminuir su fuerza para lograr su objetivo que es promover la motivación, la cual le brinda al sujeto los sentimientos de autosuficiencia, que lo lleva a sentir que puede cumplir las metas que se proponen, todo ello a su vez hace que se alimenten los sentimientos de confianza en uno mismo al grado de que el individuo lo vive con optimismo.

El Área de expresión afectiva que expresan los dos grupos de madres en último lugar es la que Decrementa al Yo, y en la que contienen afectos que al expresarse pueden contrarrestar la fuerza del funcionamiento yóico, debido al predominio de la pulsión agresiva, por lo que la persona que la utiliza con cronicidad e intensidad le provoca que disminuya la fuerza en los afectos que promueven una mayor estabilidad, motivación y el que se sientan bien consigo mismo y con los demás. Y esto le sucede significativamente más al grupo de madres con hijos con el TDAH, prevaleciendo los siguientes afectos:

Siento que defraudo a los demás, me siento fracasado en mis estudios, me siento fracasado en mi vida social, me siento enojado con mi papá, me siento triste, me siento culpable, siento que soy grosero, siento ganas de aislarme, siento desprecio, me siento despreciado, siento nostalgia, me siento desilusionado, me siento reprimido y siento preocupación.

De acuerdo a lo descrito en este perfil de afectos se puede ver que si bien la expresión afectiva en las madres con hijos con TDAH hay mayor expresión de los afectos que promueven recursos para enfrentar la realidad en la que viven, existe una fuerza que los contrarresta y disminuye, ya que al comparar a los dos grupos, existen diferencias significativas en dos áreas, en la Relacionada con sus Objetos con una expresión mayor en el grupo de madres sin el trastorno y el Área que Decrementa al Yo con una mayor expresión afectiva en las madres con hijos con el TDAH.

En las madres con hijos con el TDAH hay una diferencia significativa mayor para expresar los afectos que Decrementa al Yo en comparación con el grupo control, al estar presentes estos afectos ejercen una influencia tan fuerte en la forma de percibir y vivir sus experiencias al punto de contrarrestar la fortaleza de las demás áreas afectivas.

De acuerdo con lo anterior es importante lo que González Padilla (1995) menciona en cuanto al Área que Decrementa al Yo, ya que incluye aquellos afectos que provocan un conflicto en el funcionamiento yóico, debido al predominio de la pulsión agresiva. Dentro de esta área, los afectos que tuvieron diferencia significativa del cuestionario de Afectos, se encuentran los siguientes: “siento que defraudo a los demás”, “me siento fracasado en mis

estudios”, “me siento fracasado en mi vida social”, “me siento triste”, “me siento culpable”, “me siento desilusionado”, “siento ganas de aislarme”, “siento nostalgia” y “me siento despreciado”.

Las personas con un estado afectivo así, modifican su funcionamiento yóico de forma que lo decrementan, esto debido a sus pensamientos de autodescalificación y devaluación de lo que no logro, en donde está presente la agresión hacia sí misma, esto se corrobora con lo que Wolf (1979) menciona de que cuando en un individuo existe una expresión afectiva negativa, inhibe el logro de su adaptación, debido a los pensamientos que deforman su razonamiento al grado de poder alterar el equilibrio de su organismo, todo ello se podría traducir cuando en el individuo existe una conducta que perdura por periodos largos como podrían ser los afectos mencionados, estos se reflejan al ejemplificar algunas de sus experiencias cotidianas, como cuando la madre al sentir que no cumple su función materna, se frustra a tal punto, de no encontrar opciones de cómo realizarla, cayendo así en sentimientos de culpa e inadecuación; o también siente que fracasa como soporte emocional de su hijo al percibir su dificultad para relacionarse de forma armónica con él, esto la lleva a desmotivarse y a sentirse desilusionada de tal forma que pudiera llegar a sentir que se defrauda a ella misma y por ende siente que lo hace así con su propio hijo, al punto de querer aislarse y desaparecer, es este sentimiento con un incremento mayor de la expresión de éstas madres. De esta forma si se encuentran con pensamientos de descalificación existe una agresión dirigida hacia ellas mismas en forma de devaluación.

También, al no saber cómo avanzar hacia un futuro cierto o más alentador para contrarrestar el trastorno de su hijo, se desmotiva por no tener logros en

ello, reflejándose en el área personal y social ya que ante la difícil tarea por la doble demanda que le genera llevar al hijo hacia un desarrollo más adaptado, mina la confianza tanto de la madre para hacer las cosas de forma asertiva, como del propio hijo para integrarse con sus iguales. Si se le dificulta llevar al hijo a la adaptación en el interior familiar, al exterior de ella se vuelve más difícil, en este sentido, Barkley 1989 (en Barlow y Durand, 2001) comenta que en el caso del niño con TDAH vive una constante de recordatorios, tanto por parte de los propios padres, como de sus profesores para que aprendan a comportarse, mantenerse quietos y en silencio para prestar atención, al no poderlo lograr, genera en ellos una imagen personal negativa, y con nula confianza, lo que ejerce a su vez, una repercusión desfavorable en su capacidad para formar amistades. Así mismo Gratch (2001) comenta que los niños con TDAH tienen dificultad para establecer relaciones con su grupo par, debido a que al no aprender conductas autoreguladoras, por lo regular son tiránicos, además, al jugar con sus amigos, no esperan turnos o imponen sus propios juegos como ellos lo prefieren. Tienden a ser demandantes y a exigir gratificación en forma inmediata. Debido a todo ello propicia que sean rechazados y esto afecta en su autoestima.

Ante la dinámica mencionada, las madres se olvidan de su propia necesidad para desarrollarse en varios aspectos de su vida, como sería el área personal que al sentirse fracasada en algunos aspectos, como por ejemplo, algunas en sus estudios al no utilizarlos en el campo laboral, le genera mayor frustración.

Otros afectos del Área que Decrementa al Yo, con diferencia significativa, se encuentran: “siento desprecio”, “me siento que soy grosero”, y “me siento enojado con mi papá”. Wolf (1979) menciona que un individuo presenta

alteraciones en los afectos cuando las formas de reaccionar ante la frustración traen consigo una dificultad para integrar los conflictos generados en la estructura de su personalidad. Esto se puede verificar cuando la agresión que se genera por dichos conflictos va dirigida, ya sea contra otra persona o contra uno mismo.

De los afectos mencionados se puede observar que existe una carga fuerte de agresión, de ahí que se pudiera sugerir que exista una alteración en el manejo de dichos afectos. Estos estados afectivos se podrían reflejar cuando la madre se desespera por no tener el control de sus afectos, al observar que su hijo no le hace caso después de varios llamados a comer o el recordarle que tiene que hacer la tarea, empieza a gritarle a tal punto de descargar su agresión física al jalonearlo, o verbal recordándole su falta o su incapacidad para ponerle atención, de tal manera que ella se siente que desprecia y es grosera con él.

El otro afecto con diferencia significativa en las madres con hijos con TDAH es “me siento enojado con mi papá”. Esto indica conflictos no resueltos en experiencias tempranas, como serían dificultades en sus relaciones interpersonales. Hay que recordar que el padre tiene un papel protagónico en promover la socialización en los hijos, en este sentido González N. (2004) cuando hace referencia a la relación padre – hijo comenta que dentro de las funciones que tiene el padre con la hija, es robustecer con mayor énfasis en la etapa edípica, la diferenciación psicosocial, el reforzamiento del modelo femenino y promover un aprendizaje adecuado en las relaciones interpersonales. Dependerá la forma en como se desarrolle dicha interacción para que se logre dichas funciones. Es importante que logre satisfacer las

necesidades de cariño y amor que ella requiere, sin alterar el espacio que guardan tanto la madre como los propios hermanos, que a pesar de la evolución que ella vaya teniendo dentro de su desarrollo, logre propiciar una armonía y presencia firme y adecuada en dicha interacción. De esta forma como fue ésta, influirá en como desarrollará su futura interrelación social y su rol femenino, si ésta no se dio en forma armónica podría reflejarse en conflictos como podrían ser: rebeldía, conflictos en sus relaciones interpersonales, hasta diferentes tipos de neurosis.

Por otro lado, es importante referir los resultados del cuestionario exploratorio, debido a que se detectan nuevamente afectos que Decrementa al Yo, es decir que al investigar qué afectos son los que manifiestan las madres a través de sus reacciones, actitudes y percepciones que llegan a tener con sus hijos como consecuencia de la relación vincular, hubo diferencia significativa entre ambos grupos, en las respuestas en donde se integraron las categorías de los afectos de Miedo y Rabia, así como en la de Amor; en la primera, la media que se reporta del grupo de madres con hijos que padecen TDAH es de 20.17, mientras que la media que se encontró en las madres con hijos sin el trastorno es de 10.83; por lo que el grupo experimental obtuvo una media de casi el doble comparado con el grupo control; para la expresión de Amor, el grupo experimental obtuvo una media de 12.30 mientras que el grupo control obtuvo una media de 18.70.

De esta forma al retomar las categorías emocionales de Lazarous (Shaver, Schwatz, Kirson y O'Connor, 1987, en Revee 1994) se observa cómo, dentro de la Rabia se encuentran integradas varias emociones como son la frustración, el fastidio, el enojo, la ira, el coraje, rencor, envidia, entre otros; y

por otro lado dentro del Miedo se encuentran integradas emociones como la ansiedad, angustia, susto, pánico, terror, preocupación, entre otras. Y en la categoría de Amor, algunas de las emociones que encuentran integrados la estima, la compasión, el afecto, el cariño la ternura, las cuales se encuentran disminuidas en el grupo experimental. De acuerdo con los datos mencionados, se puede observar que los afectos negativos dificultan que la madre logre una estabilidad emocional que contrarreste su impacto, al grado de disminuir los afectos positivos. No hay que olvidar que si dentro de los antecedentes de los niños con TDAH, se encuentra que los padres y en especial la madre, que por lo regular es la que se encuentra más tiempo con él, se le ha dificultado vincularse afectivamente con sus primeros objetos de amor, se podría suponer que al no haber tenido un aprendizaje de cómo vincularse afectivamente, entonces sería difícil hacerlo con su propio hijo. Al mismo tiempo si la madre tiene desarrollado el TDAH promovería en su propio hijo las mismas conductas de impulsividad, hiperactividad, o desatención, al no proporcionarle una estructura clara en su conformación afectiva y educativa; también no habría un aprendizaje para tener conductas de planeación y control de impulsos, y de la conducta hiperactiva al tenerla como modelo predispondría más su desarrollo.

Si aunado a esto, enfrentan el trastorno de su hijo, se convierte en un camino muy incierto, generador de sentimientos de angustia y frustración. Por lo que si se encuentran con la dificultad para manejar sus propios afectos, ¿cómo le proporcionará al hijo la contención que requiere para darle el seguimiento que requiere?, Hay que recordar que, una madre con estabilidad emocional provee al hijo los recursos para hacerle frente al mundo que le rodea y que responda de una manera más adaptativa a los cambios que se le

presentan. Esto se podría ejemplificar el que logran un adecuado manejo de sus afectos, que le permitan mayor tolerancia a la frustración y capacidad de demora, y como consecuencia un comportamiento que lo lleve a un grado mayor de satisfacción.

Es importante por lo tanto, lo que Bowlby (1986) menciona de la Teoría de Apego, ya que a través de ella se explica la propensión que muestran los seres humanos para establecer sólidos vínculos afectivos con otras personas determinadas, y que las emociones humanas llegan a surgir durante la formación, el mantenimiento, la ruptura y la renovación de dichos lazos afectivos.

Así mismo menciona que a través de esta Teoría se puede explicar cómo se desarrollan esos vínculos o también dar tratamientos a las diversas formas de trastornos emocionales, alteraciones de la personalidad, así como a la ansiedad, la ira, la depresión, o el alejamiento emocional que pueden ser ocasionados por separaciones involuntarias o también la pérdida de algún ser querido.

Por lo tanto si los afectos que manifiestan las madres con hijos con TDAH dentro de su relación vincular, hay diferencia significativa entre ambos grupos, en las respuestas en donde se integraron las categorías de los afectos de Miedo y Rabia, así como Amor, éste último disminuido en el grupo experimental, se observa una coincidencia con algunos de los afectos detectados del cuestionario de Afectos. De ahí que se hace evidente la influencia de como perciben y viven las experiencias en la relación con sus hijos, al punto de contrarrestar la fortaleza de los afectos positivos, lo que a su

vez propicia que pueda haber una inestabilidad en el manejo de sus afectos y promover momentos de alejamiento afectivo con ellos.

Los últimos afectos con diferencia significativa, del Área que Decrementa al Yo, se encuentra: “me siento preocupado” y “me siento que reprimo”. Estos afectos que expresan las madres del grupo experimental, son manifestados de forma diferente a los anteriormente descritos, ya que buscan contrarrestar la carga de angustia acumulada, es decir en forma de mecanismos que permitan bajar la angustia generada por los afectos de agresión y hostilidad. En este sentido González N. (1992) describe a los mecanismos de defensa como reacciones que se desarrollan dentro del Yo del sujeto, que son manejados de forma inconsciente y creados para aminorar la angustia, de esta forma buscan conseguir un equilibrio que, debido a dicha angustia se había perdido.

Estos afectos de preocupación y represión, llegan a reflejarse cuando la madre después de tener periodos de tanta tensión y dificultad para entender a su hijo, no logra dar una salida adecuada a sus afectos y para evitar seguir actuando su agresión que expresó en otros momentos en forma abierta, busca reprimirlo, mediante su preocupación excesiva, a través de conductas sobreprotectoras (agredéndolo ahora en forma pasiva), de tal manera que intenta ayudar al hijo, cuando no ha hecho su tarea o se le dificulta, y la realiza ella o también, estudia con él como si fuera para ella el examen, de forma que el hijo ya no ve la propia necesidad de esforzarse como persona independiente; también al observar al hijo que realiza conductas que peligran su integridad física, busca contrarrestar su miedo, exigiéndole que se esté quieto y cerca de ella, a pesar de saber que dicha conducta es parte de su sintomatología.

De esta forma se llega a observar que las madres con hijos diagnosticados con el TDAH al presentar los afectos que Decrementan al Yo con mayor frecuencia que las madres del grupo control, existe una mayor predisposición a expresar el enojo, la frustración, tristeza, entre otros, además debido a las características negativas que presentan dichos afectos, tienden a presentarse en forma crónica, intensa y con calidad extrema, lo que a su vez contrarrestan la fuerza de los afectos de las áreas que fortalecen el funcionamiento yóico, de ahí que se puede afirmar que se está ante un perfil afectivo de éstas madres.

Lo anterior se afirma al recordar los ejemplos descritos de la relación cotidiana de las madres con sus hijos de este grupo, la agresión se expresa, ya sea de forma abierta cuando le llegan a gritarles o descalificarlos en lo que hace, o también de forma encubierta, a través de la sobreprotección. De esta forma, al expresarse con mayor intensidad dichos afectos dificultan el funcionamiento yóico de estas madres.

Es importante retomar lo que describe González N. (1988) en cuanto a la expresión cualitativa de los afectos y su interrelación con la función yóica, debido a que es precisamente el Yo el que regula los afectos, ya que es la estructura que los percibe y que los maneja, de tal forma que puede darse de forma equilibrada o desproporcionada. Ésta desproporción se refiere a una alteración de calidad en su modulación y control yóico, por lo tanto estas madres, presentan alteración en su función yóica, en la dificultad de la expresión y control afectivo.

Estos afectos presentes con mayor intensidad en las madres con hijos con el TDAH, no les ayudan a sentirse satisfechas con ellas mismas, de ahí que se les dificulta poder estar en sintonía afectiva con sus hijos. Hay que recordar

que en condiciones más adaptativas, las madres promueven en sus hijos la confianza y contención necesaria para el aprendizaje en la modulación y manejo de sus afectos, sin embargo en estos casos, en donde a ellas se le dificultan manejarlos, además de enfrentar el padecimiento crónico de sus hijos, provoca que se les dificulte aún más el poderles ofrecer dicha confianza y contención requerida para apoyarlos en su proceso de desarrollo y en el aprendizaje de dicha modulación.

Por lo que de acuerdo con lo hasta aquí mencionado se puede afirmar que el conflicto interno que desarrollan éstas madres con sus hijos, se vuelve más compleja, debido a que viven frecuentemente experiencias frustrantes tanto con ellas mismas como con el propio hijo.

Wolf (1979) describe a la frustración como un factor que puede desequilibrar al organismo del individuo, de tal forma que ejerce una gran influencia sobre el desarrollo de la personalidad, estas frustraciones pueden darse ante la falta de las satisfacciones básicas, ante alguna alteración corporal, ante la percepción de una falta de afecto o por el fracaso al tratar de conseguir lo que se persigue. Un ejemplo es el esfuerzo que hacen las madres del grupo experimental, que intentan tener un mejor entendimiento con sus hijos para ayudarlos, y que sin embargo les es difícil hacerlo, de ahí que se encuentran nuevamente ante dicha frustración generando así una sistematización y cronicidad de dichos afectos.

De ahí que la presencia de los afectos del Área que Decrementa al Yo, llegan a influir al punto de contrarrestar la efectividad total de las áreas que conservan e incrementan al Yo.

Los afectos que se obtuvieron del Área Relacionados con sus Objetos con diferencia significativa y que se encontraron disminuidos en el grupo experimental fueron:

“Me siento acompañado”, siento que estoy contento con mi mamá”, “siento cariño hacia mi familia”, “siento satisfacción” y “me siento conforme”. Estos afectos al encontrarse disminuidos en las madres con hijos con el TDAH, se confirma la influencia ejercida del Área que Decrementan al Yo, debido a cómo percibieron sus relaciones primarias, en donde quizá la forma en como fueron acompañadas por sus madres no lograron satisfacer sus propias necesidades, quizá por la dificultad de descifrar lo que querían sus hijas o también por la dificultad de sintonizarse afectivamente con ellas, y de esta forma la función que ejerce la madre no llega a ejercerse de forma adecuada .

Hay que recordar lo que Pérez (2001) comenta respecto a dicho rol, ya que es a través de la función materna que la madre logra identificarse plenamente con su hijo y de esta forma pueda intuir, empatizar y descifrar las señales que el pequeño manda en forma de comunicación, esto se traduce en sintonizarse a través de sus procesos psíquicos, todo aquello que expresa el pequeño, lo que le permite lograr una intimidad que promueve que se intercambien los afectos entre sí. Al mismo tiempo, que le va a ir reflejando al niño las distintas sensaciones y sentimientos que experimenta de tal forma que le va permitir incorporarse al mundo externo en el que se espera que crezca y logre desarrollarse como persona independiente. Si hubo una dificultad para sentirse contenidas y comprendidas en los momentos que más lo necesitaron, esto se ve reflejado en la disminución para percibir no sentirse acompañadas.

Así mismo estas madres, no pudieron identificarse con una función materna muy clara, quizá debido a que el vínculo afectivo que tuvieron con sus propias madres no fue del todo satisfactorio para que las llevaran a sentirse agradecidas o contentas con ellas mismas, quizá la forma como aprendieron dicha función, pudo haber influido en el tipo de relación que establecen con sus hijos, de tal manera que no puedan sentirse satisfechas con ellas mismas y conformes con lo que hacen.

En el Consultor de Psicología Infantil y Juvenil (1998) se hace referencia la dinámica que se desarrolla en familias donde prevalece la enfermedad, donde se da una serie de reacciones particulares en cada uno de los miembros de la familia, como sería la excesiva sobreprotección de los padres, conductas de negación, el aislamiento de algún miembro de la familia o también los celos por el mayor cuidado que se le da al enfermo, de ahí que se dificulte una clara expresión afectiva entre cada uno de los que integra la familia, un ejemplo pudiera ser el poder expresar el cariño.

De acuerdo a lo antes descrito, es oportuno integrar el resultado que se obtuvo, del reactivo que se evaluó de forma independiente, del cuestionario exploratorio: ¿Qué tan frecuente no entiende ud. a su hijo? El resultado indica que existe una diferencia significativa en cuanto a las madres con hijos con TDAH, que sienten que no entiende a su hijo.

Es importante mencionar la tesis central de la teoría de Bowlby (1986) ya que refiere que la existencia de la relación causal entre las experiencias que tiene un individuo con sus padres y su posterior capacidad para establecer vínculos afectivos, en el caso de que haya una variación en dicha capacidad, se llegan a manifestar en problemas conyugales, conflictos con los hijos, entre

otros. También resalta la existencia de determinadas variaciones en el modo en que desempeñan los padres sus roles, como es el caso de averiguar si los padres del niño proporcionan una base segura, y promueven una exploración a partir de ellos mismos. Todo ello implica primeramente, el contar con una comprensión intuitiva en lo que se refiere al comportamiento de apego de un niño, independientemente de una buena disposición a satisfacerlo y por el otro, reconocer que una de las fuentes más comunes de enojo o ira por parte del niño es la frustración de su deseo de amor y cuidados, y que su ansiedad proyecta, por lo regular una incertidumbre acerca de si podrá continuar con esa disposición de sus padres.

Por lo tanto si en los resultados resalta que las madres con hijos diagnosticados con TDAH llega a ser mucho más frecuente el que no entiendan a sus hijos, se confirma el que haya una dificultad para sintonizarse afectivamente con sus hijos, lo que impide que logren escucharlos, ser intuitivas y empáticas con ellos, y en consecuencia se les dificulta el poderles proporcionar esa base segura tan necesaria para que ellos vayan estructurando una personalidad sólida que les permita sentirse seguros y más aún, en esta población de hijos que al no encontrar dicha empatía, no logran manejar sus propias angustias, y promueven que se agudice aún más la sintomatología de ellos, aunado a esto al no recibir lo que necesitan para calmarse pudiera generar en ellos el enojo y la ira ante tanta frustración de no obtener el amor y cuidado que ellos demandan, lo que a su vez los llevan a sentirse con la confusión e incertidumbre de si hay o no una disposición de sus propias madres.

De ahí la importancia que tiene la función materna, que en condiciones favorables tanto la madre como el hijo logran construir un vínculo estable, en el que existe un goce mutuo, la madre receptiva predice la conducta del hijo y lo lleva a que sienta la contención y estabilidad emocional, para que vaya aprendiendo a tolerar la frustración, esto a través de una metabolización de lo no placentero pero en donde va encontrando el punto de equilibrio para que en el futuro lo maneje en forma más adaptativa. Y al mismo tiempo es importante que la madre logre tolerar la frustración que le genera el ir separándose de él para que se convierta en un individuo independiente, de tal forma que genere en él una confianza en sí mismo y le permita avanzar en su proceso como individuo en formación.

Algunos de los afectos Relacionados con sus Objetos de las madres con hijos con el TDAH, al estar disminuidos por la fuerza que ejercen los afectos que decrementan al Yo, se les dificulta afianzar los afectos positivos para lograr una estabilidad emocional, por tal motivo requerirán entonces de estrategias terapéuticas psicodinámicas en las cuales se promuevan procesos de escucha, contención, empatía y la interpretación terapéutica, que les permita llevarlas al proceso de conocer, entender y aceptar lo que les genera conflicto, de tal forma que trabajen para buscar solucionarlos y así mismo aprendan a manejar sus propios afectos, y de esta forma también disfruten la relación afectiva con el hijo, y así promuevan fortalecer su propia estabilidad emocional, lo que les permitiría a su vez ser el pilar de sostenimiento de sus hijos para que éstos puedan ser contenidos y guiados hacia su propia estabilidad emocional.

Es importante recordar que la forma en como la relación vincular madre – hijo se desarrolle, influirá como factor primordial en la conformación de la

personalidad del hijo, ya que desde el inicio se va construyendo la base que le dará la guía para desenvolverse en los diversos planos de su vida. De dicha relación se genera la vida emocional, y a su vez, de cómo logre modularse se proyectará en la conducta del sujeto en formación.

Aunque no se obtuvo una diferencia significativa en el Área que Conserva al Yo, hubo algunos de ellos que se obtuvieron disminuidos y con menor frecuencia en el grupo experimental, los cuales fueron: “siento libertad”, “me siento justo” y “me siento honrado”. En este sentido si se recuerdan algunos de los afectos que Decrementan al Yo como serían; “siento que defraudo a los demás”, “me siento grosero”, “me siento desilusionado”, “me siento culpable”, o “me siento triste”; se puede contemplar que dichos sentimientos impiden que las madres puedan sentirse con libertad, debido a que ellas al utilizar gran parte de su energía para encontrar opciones que les permitan llevar a sus hijos a su adaptación y enfrentar en dicho proceso fuertes dosis de frustración y culpa sin obtener lo que se proponen, es lógico presuponer que se sientan limitadas por los afectos que decrementan al Yo. También si se llegan a recriminar o a tener pensamientos de haber defraudado a su hijo, será difícil que se sientan honestas o justas con ellas mismas o con el hijo.

Y por último, aunque dentro del Área que Incrementa al Yo no hubo diferencia significativa, sin embargo se encontró disminuido un reactivo en las madres con hijos con TDAH y el cual fue: “Me siento optimista”, por lo que si se observan nuevamente los reactivos donde se sienten fracasadas en cuanto al desarrollo de sus capacidades para sentirse autosuficientes, hace que sienta que defraudan a los demás, que se sientan desilusionadas, que se siente groseras, que se sientan culpables, que se sienten tristes y con ganas de aislarse,

así las madres están en un estado afectivo que les es difícil contrarrestarlo de ahí que, contribuye a que dicho reactivo disminuya.

Se concluye que aunque no hubo diferencia significativa en las Áreas que Incrementa o que Conservan al Yo entre los dos grupos, como ya se mencionó y analizó, hubo algunos reactivos que obtuvieron una diferencia significativa. Por lo tanto, si a las madres con hijos diagnosticados con TDAH se les dificulta contrarrestar la fuerza que ejercen los afectos negativos, de tal forma que disminuyen la fuerza en los afectos con características positivas, se está ante un perfil de afectos de estas madres.

V.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

De acuerdo a las hipótesis planteadas en esta investigación se concluye lo siguiente:

1. Si existen diferencias significativas en la expresión de afectos por áreas entre las madres con hijos diagnosticados con TDAH, y las madres con hijos sin este trastorno.
2. Si existe diferencia en el área de afectos que decrementan al yo, observándose que en las madres con hijos con TDAH, hay una mayor predisposición a que presente una expresión significativamente mayor con relación a las madres con hijos sin el trastorno, es decir que las primeras con mayor frecuencia se sienten y expresan su enojo, agresión, frustración, tristeza, preocupación, culpa, fracaso, aislamiento, son groseras, desprecian, sienten nostalgia, desilusión, reprimen, además, debido a las características negativas que presentan dichos afectos, tienden a presentarlos en forma crónica, intensa y con calidad extrema, lo que promueve que se contrarreste la fuerza de los afectos de las áreas que fortalecen el funcionamiento Yóico. Por lo que al estar en forma constante éstos afectos en éstas madres, no ayuda a que se sientan satisfechas con ellas mismas, de ahí que se les dificulta poder estar en sintonía afectiva con sus hijos.

3. No existe diferencia significativa en los afectos que Conservan al Yo, entre las madres con hijos diagnosticados con TDAH y las madres con hijos sin este trastorno.

Aunque no hubo una diferencia significativa en el Área que Conserva al Yo, hubo algunos de los reactivos con diferencia, como serían “siento libertad”, “me siento justo” y “me siento honrado, situación que en las madres con hijos diagnosticados con TDAH se ven disminuidos en su expresión afectiva, debido a la influencia que ejercen los afectos que Decrementan la función del Yo. Ejemplo de ello sería el que impidan que estas madres puedan sentirse con libertad, debido a que utilizan gran parte de su energía para contrarrestar fuertes dosis de frustración, promovidas por la dificultad para encontrar opciones en el logro de la adaptación de sus hijos. También si la madre se recrimina o tiene pensamientos de haber defraudado a su hijo, será difícil que se sienta honesta o justa con ella misma o con él.

4. No existe diferencia significativa en los afectos que Incrementan al Yo entre las madres con hijos diagnosticados con TDAH y las madres con hijos sanos. Aunque no hubo diferencia significativa en los afectos que Incrementan al Yo, hubo un reactivo con diferencia significativa y fue: “me siento optimista”. Si estas madres se sienten fracasadas en su vida social y en sus estudios, debido a la frustración que enfrentan de no obtener logros tanto personales como con su hijo, es muy difícil que se puedan sentir optimistas en lo que realizan o enfrentan. Esto se confirma cuando sienten que defraudan a los demás. Cuando se desesperan por

no obtener el control de sus propios afectos, y buscan hacerlo con las conductas hiperactivas sus hijos, a través de fuertes dosis de agresión, situación que las hace sentirse groseras y a su vez las lleva a sentirse culpables, tristes y con ganas de aislarse. Ante un estado afectivo así, es difícil contrarrestarlo, de ahí que se encuentre disminuido en éstas madres dicho reactivo.

5. Si existe diferencia significativa en los afectos Relacionados con sus Objetos entre las madres con hijos diagnosticados con TDAH y las madres con hijos sin el trastorno. Los afectos del Área Relacionados con sus Objetos que estuvieron presentes con una proporción mayor, fueron para las madres con hijos sin el trastorno, en el caso de las madres con hijos con el TDAH sucedió lo contrario, de ahí que se encuentren disminuidos algunos de dichos afectos, como serían: “me siento acompañado”, “siento que estoy contento con mi mamá”, “siento cariño hacia mi familia”, “siento satisfacción” y “me siento conforme”, por lo que se confirma la influencia ejercida por el Área que Decrementa al Yo. Una explicación de ello pudiera ser que la forma en como percibieron a sus objetos primarios, no logró satisfacer sus propias necesidades, debido a la dificultad de descifrar lo que querían ellas o también por la incapacidad de sintonizarse afectivamente. Por otro lado, pareciera que estas madres, al identificarse con el rol que ejercieron en las formas de reaccionar con los hijos, provocan que no puedan sentirse contentas y satisfechas con ellas mismas. Si el vínculo afectivo con sus madres no

fue del todo satisfactorio dificulta el que se sientan agradecidas con ellas.

6. Si existe diferencia significativa en los afectos manifestados en la relación vincular entre las madres con hijos con TDAH y las madres con hijos sin el trastorno.

Hubo diferencia significativa entre ambos grupos, en las respuestas en donde se integraron las categorías de los afectos de Miedo y Rabia, así como de Amor. En la primera se identificó una frecuencia mayor en las madres con hijos con TDAH y en la segunda se encuentra disminuida. Estas categorías coinciden con algunos afectos detectados del cuestionario de Afectos, situación que hace evidente la influencia de cómo perciben y viven las experiencias con sus hijos, al punto de contrarrestar la fortaleza de los afectos positivos. Estos afectos dificultan que la madre logre una estabilidad emocional y promueven momentos de alejamiento afectivo. Esto se refleja en el reactivo que midió la frecuencia de no entender al hijo, ya que el grupo que reportó sentir con mayor frecuencia fueron las madres con hijos con TDAH.

De acuerdo a lo anterior se obtuvieron los siguientes resultados:

Existe una diferencia significativa en la expresión de afectos por áreas en las madres con hijos diagnosticados con TDAH y las madres con hijos sin el trastorno.

Al analizar los datos se observa que, a pesar de que la forma en que se expresan los afectos es similar, pues en ambos grupos se muestran en primer lugar los afectos Relacionados con sus Objetos, en segundo los afectos que Conservan al Yo, en tercero los afectos que Incrementan al Yo y por último los afectos que Decrementan al Yo; Sí existen diferencias en la cantidad expresada, ya que dentro del área que Decrementan al Yo, las madres con hijos con TDAH expresan con una frecuencia significativamente mayor los afectos, así como también presentan una frecuencia significativamente menor en los afectos Relacionados con sus Objetos.

Si en las madres con hijos con el TDAH hay una frecuencia mayor para expresar los afectos que Decrementan al Yo en comparación con el grupo control, entonces se puede suponer que existe una predisposición a que estos afectos ejerzan una influencia tan intensa en la forma de percibir y vivir sus experiencias, que contrarrestan la fortaleza de las demás áreas afectivas, esto se justifica con los resultados que obtuvieron las madres con hijos con TDAH, en cuanto a la expresión disminuida de algunos afectos del Área Relacionada con sus Objetos como serían: “me siento acompañado”, “siento que estoy contento con mi mamá”, “siento cariño hacia mi familia”, “siento satisfacción” y “me siento conforme”; así mismo, éstas madres obtuvieron una diferencia estadísticamente significativa en la expresión de los afectos que se manifiestan en la relación vincular entre la madre y su hijo, de las categorías interpretadas de Rabia y Miedo, así como Amor; también se obtuvo una diferencia significativa en el reactivo con el que se midió qué tan frecuente no entiende a su hijo. Por último, se identificaron afectos disminuidos del Área que Conserva e Incrementa al Yo, como serían: “siento libertad”, “me siento

justo”, “me siento honrado; y “me siento optimista”. Esta expresión afectiva se encuentra disminuida por la fuerza ejercida de los afectos que Decrementan al Yo.

De acuerdo a lo anterior se confirma que se está ante un perfil de afectos de las madres con hijos con TDAH.

Por lo tanto, aunque en las madres con hijos con el TDAH existe una mayor expresión afectiva en el Área Relacionada con sus Objetos, en la que Conserva e Incrementa al Yo y con un menor porcentaje en el Área que Decrementa al Yo, al compararla por grupos, existe una diferencia significativa y una mayor frecuencia en esta última área en comparación con el grupo control. Esta situación propicia que dichos afectos ejerzan una influencia suficiente al momento de percibir y vivir sus experiencias, que contrarrestan la fortaleza de las demás áreas afectivas, de ahí que genere en las madres un estado afectivo que Decrementa su funcionamiento Yóico, de tal forma que no logran estar satisfechas con lo que realizan y cuando se vinculan con sus hijos, lo hacen de forma en que se les dificulta sintonizarse afectivamente con ellos, y a su vez se les complica escucharlos, ser intuitivas y empáticas, lo que conlleva el no poderles proporcionar esa base segura necesaria.

Por otro lado, al revisar el Objetivo General planteado que era el descubrir y explorar los afectos que expresan las madres de hijos diagnosticados con TDAH y sus consecuencias en la relación vincular entre ambos, se observó que a través del cuestionario de Afectos, aunque existe una expresión afectiva en cada una de las áreas, hay una mayor frecuencia y diferencia significativa en el área que Decrementa al Yo, en comparación con el grupo control. En lo que

respecta al Área Relacionada con sus Objetos, hay mayor expresión en ese mismo grupo y una disminución de su expresión en las madres del grupo experimental. En cuanto al cuestionario exploratorio, los afectos que se manifiestan en la relación vincular, las categorías de Miedo y Rabia, se encontró una diferencia significativa del doble en comparación con el grupo control, y en la categoría de Amor una diferencia significativa para el grupo control y una disminución en su expresión para las madres con hijos con TDAH. Y además, en el reactivo que midió que tan frecuente no entiende a su hijo el grupo experimental tuvo una diferencia significativa mayor en relación con el grupo control.

De acuerdo a lo que se describió del área afectiva de las madres con hijos diagnosticados con TDAH, se plantea que se obtuvo un perfil de los afectos, por lo que a continuación se enlistan:

Reactivos con mayor frecuencia en las madres con hijos con TDAH.

Siento preocupación
Siento ganas de aislarme
Siento que defraudo a los demás
Me siento desilusionado
Me siento triste
Me siento enojado con mi papá
Me siento fracasado en mis estudios
Me siento reprimido
Siento nostalgia
Me siento culpable
Me siento fracasado en mi vida social
Siento desprecio
Me siento despreciado
Siento que soy grosero

Reactivos disminuidos en las madres con TDAH.

Siento preocupación
Me siento acompañado
Siento que estoy contento con
mi mamá
Siento cariño hacia mi familia
Siento satisfacción
Me siento conforme
Me siento optimista
Siento libertad
Me siento justo
Me siento honrado

Esta expresión de afectos pueden llegar a ejemplificarse en la vida cotidiana, cuando la madre al sentir que no cumple su función materna, se frustra a tal punto de no encontrar opciones de cómo realizarla, cayendo así en sentimientos de culpa e inadecuación; siente que fracasa como soporte emocional de su hijo al percibir de forma frecuente que no entiende a su hijo o también, su dificultad para relacionarse de forma armónica con él la lleva a desmotivarse y a sentirse desilusionada, de tal forma que pudiera llegarse a sentirse triste porque siente que se defrauda a ella misma y por ende siente que lo hace así con su propio hijo, al punto de querer aislarse. Al no saber cómo avanzar hacia un futuro cierto o más alentador para contrarrestar el trastorno de su hijo, se desmotiva por no tener logros en ello, reflejándose en el área personal, ya que ante la difícil tarea por la doble demanda que le genera llevar al hijo hacia un desarrollo más adaptado, se olvida de su propia necesidad para desarrollarse como persona, por lo que al no tener frutos en ese momento, se sienta fracasada en sus estudios.

Por otro lado, la relación que tiene la madre con su hijo promueve que en el fondo sea ella quien no logra controlar su agresión física o verbal con él, esto

se afirma con el resultado ante los reactivos, siento desprecio y siento que soy grosero. Percibe el enojo hacia su papá en los momentos que le critica su función ejercida. Y cuando la madre después de tener periodos de tanta tensión y dificultad para entender a su hijo, intenta reprimir su frustración y culpa provocada por no poder hacerlo. La madre teme dañarlo, cuando se da cuenta de su propia agresión, de tal forma que busca contrarrestarlo, preocupándose de forma excesiva a través de conductas de sobreprotección.

De acuerdo con todo lo anterior, se puede concluir que si bien es cierto en los resultados que se obtuvieron se encontraron que las madres con hijos con TDAH se encuentran con una distribución en la expresión afectiva relativamente con mayor porcentaje en las áreas que promueven una mayor estabilidad y que existiera recursos yóicos para hacerle frente a la realidad, sin embargo al encontrarse más exacerbados los afectos del área que decrementa al Yo en éstas madres, provoca que se disminuya el funcionamiento yóico.

Ante esta forma de funcionar afectivamente, las consecuencias en la relación vincular entre la madre y el hijo con TDAH, se encuentra con una gran dificultad para que la madre se pueda sintonizar afectivamente con su hijo en donde al existir afectos con tonalidad afectiva de tristeza, de miedo y de enojo, promueven en la madre un funcionamiento Yóico que lo decrementa, y por ende con el propio hijo con el TDAH, que no logra llevarlo a entender lo que le sucede en su mundo interno, con sus propios afectos y en consecuencia su mundo externo se vuelve más complejo para hacerlo, estimulando así a que se vuelva crónica la sintomatología del trastorno, de ahí que si no hay un tratamiento terapéutico complementario en el hijo, la madre y la familia, pareciera que el futuro se prevé poco alentador. Para el caso de la madre que

es la que mayor tiempo se encuentra con el hijo, es necesario que se fortalezca a través de un tratamiento terapéutico donde pueda ser escuchada, entendida, contenida y guiada, para que vaya conociendo sus propios afectos y los aprenda a modular, y de esta forma se convierta en el pilar de sostenimiento para el hijo, en donde puedan sintonizarse afectivamente para que él logre la contención que tanto necesita y de esta forma aprenda a conocerse y entender lo que sucede en su propio mundo.

Los resultados obtenidos en esta investigación dan pauta para otras líneas de investigación, como sería el saber cuál es el tipo de apego que establecen las madres con hijos diagnosticados con TDAH, así como las formas de intervención psicoterapéuticas con estas madres.

BIBLIOGRAFIA

- Barlow D, Durand V. (2001). Psicología Anormal (2da. Ed.). México: Internacional Thomson Editores.
- Barragán E. (2003). El niño y el adolescente con trastorno por déficit de atención su mundo y sus soluciones. México: Editorial Linæe.
- Biaggi H. (1996). ALCMEON 18. Argentina: Fundación Argentina de clínica neuropsiquiátrica.
- Bowlby, J. (1969). El apego. Barcelona. España. Paidós.
- Bowlby, J. (1972). Cuidado maternal y amor. México: FCE.
- Bowlby, J. (1986). Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida. España: Morata.
- Bowlby, J. (1989). Una Base Segura. España. Paidós.
- Brophy M., Duna J. (2002). What did Mummy say? Dyadic interactions between young "hard to manage" children and their mothers. Journal of Abnormal Child Psychology. 30 (2). 103-112.
- Coderech J. (1975). Psiquiatría dinámica. Barcelona. Editorial Herder.
- Crowd, N. (2004). TDAH: Un tema de Mujeres. Monitor Staff, en Asociación Mexicana por Déficit de Atención, Hiperactividad y Trastornos Asociados, A.C. Sitio: www.deficitdeatencion.org.
- Consultor de psicología infantil y juvenil: Trastornos del desarrollo. (1998). Barcelona; España. Océano.
- Del Barrio M. (2002) Emociones infantiles. Madrid: Editorial Pirámide.
- Díaz Portillo, I. (1998). Técnica de la entrevista psicodinámica. México: Pax México.
- Diccionario de Psicología y Pedagogía. (2001) México: Ediciones Euroméxico.
- Diccionario Rioduero: Psicología (1979). España. Ediciones Rioduero.
- Enciclopedia Encarta. Diccionario. (2001). Microsofft.
- Erikson, Eric. (1993) Infancia y sociedad. Argentina: Lumen-Hormé.
- Feldman R. (1999). Psicología. México. Mc. GrawHill.
- Fundación Adana. (2002), www.f-adana.org.
- Enciclopedia de la Psicología. Vol. 1. (2000) Barcelona; España: Océano.
- Enciclopedia de la Psicología. Vol. 4.(2000). Diccionario. Barcelona; España: Océano.

Enciclopedia de Psicología Educativa. Tomo 2 (1997). México: Oxford University Press México.

González Núñez. (1988). Los Afectos: Su expresión masculina. México: Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social.

González Núñez (1992). Interacción grupal. México: Planeta Mexicana.

González Núñez y Colaboradores (2000). Ataques a la estructuración del vínculo afectivo. Revista Aletheia. No. 19. México: IIPICS.

González Núñez (2001). Psicopatología de la adolescencia. México: El Manual Moderno.

González Núñez., Rodríguez C. (2002). Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica. México. IIPCS.

González Núñez y Patlán L. (2004). Relaciones interpersonales: Relaciones entre compañeros de escuela. México: Manual Moderno.

González Padilla. (1999). Valores, afectos y límites en menores infractores. Tesis inédita de Maestría en Psicoterapia Psicoanalítica infantil. México: IIPCS.

González Padilla, Patlán y Reyes (1998). Revista Aletheia. No. México: IIPICS.

Gratch. (2001). El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD). Argentina: Editorial médica panamericana.

Green, A. (1975). La concepción psicoanalítica del afecto. España: Siglo XXI.

Harvey, E.J., et al [2003]. Parenting of children with ADHD: The role of parental ADHD Symptomatology. *Journal of Attention Disorders*, 7, 31-43.

Heller A. (1980). Teoría de los Sentimientos. España: Fontamara.

Hurlock E. (1984). Desarrollo del niño. México. McGraw-Hill.

Johston, Ch. Murria, C., Hinshaw, S., Pelham, W. (2002). Responsiveness in interactions of mothers and sons with ADHD: Relations to maternal and child characteristics. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 30 (1). 77-88.

Kaplan, Harold, Sadock y Benjamín. (2002). Sinopsis de psiquiatría. Medican. Panamericana. 1358 – 1367

Kaplan, H. (1992) Tratado de Psiquiatría. Salvat. Tomo 2.

Kerlinger, F., Lee H. (2002). Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales. México: McGraw Hill.

Laplanche J., Pontalis H. Diccionario de psicoanálisis. Barcelona: Paidós.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSMIV (1995). Edición Electrónica. Masson. A.P.A. Barcelona; España.

Michanie C. (1996). ALCMEON 17. Argentina. Fundación Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica.

Méndez, I. (2004). Padecen trastorno neurobiológico más de 1 millón y medio de infantes. AGMhealth en Asociación Mexicana por Déficit de Atención, Hiperactividad y Trastornos Asociados, A.C. México. D.F. Sitio: www.deficitdeatencion.org.

Moreno I. (1995). Hiperactividad. Madrid: Ediciones Pirámide.

Orjales, I. (1999). Déficit de atención con hiperactividad: Manual para padres y educadores. España: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.

Palmero, F. y Fernández E. (1998). Emociones y Adaptación. Barcelona España: Ariel.

Pedagogía y Psicología Infantil. (2000). España: Cultural S.A. 161.

Pérez Roser. (2001). El desarrollo emocional de tu hijo. España. Paidós.

Reeve, J. (1994) Motivación y emoción. España: Mc Graw Hill.

Solloa, L. (2001). Trastornos Psicológicos en los niños: etiología, características, diagnóstico y tratamiento. México: Trillas.

Serrano, A., Valencia P., Cano F. (2002) Trastornos de la atención de los niños. México. emedicac@salud.god.mx.

Tully, L.; Arseneault, L.; Caspi, A.; Moffitt, T.; Morgan, J. (2004). Does Maternal Warmth Moderate the Effects of Birth Weight on Twins' Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Symptoms and Low IQ?U.S. Journal of Consulting & Clinical Psychology. 72 (2). 218-226.

Untoglich (2003) Déficit atencional: un diagnóstico que responde a las preguntas. Novedades Educativas. No. 151.18-20.

Wolf, W. (1979). Introducción a la psicopatología. México: Fondo de Cultura Económica.

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE AFECTOS
(González Padilla)

HOJA DE PREGUNTAS.

En seguida encontrará una lista de afectos (sentimientos) que pueden ser sentidos o referidos por usted en la hoja de respuesta, por favor rellene el círculo que indique su respuesta. El número de su respuesta indica la frecuencia con que siente cada uno de los afectos. El número 5 quiere decir que muy frecuente lo siente; el número 4 que frecuentemente lo siente; el número 3 que medianamente frecuente lo siente; El número 2 que poco frecuente lo siente y el número 1 que muy poco frecuente lo siente. Por favor no deje ninguna respuesta en blanco. En este cuestionario no hay respuestas buenas ni malas, la respuesta que se espera es aquella que sea sincera. No escriba en esta hoja.

Gracias por su cooperación.

1. Me siento acompañado	27. Siento coraje.
2. Siento que soy creativo	28. Me siento triste.
3. Siento que soy original	29. Me siento culpable.
4. Siento que soy exitoso	30. Siento que soy comprensivo.
5. Siento que defraudo a los demás	31. Me siento enojado.
6. Siento que soy autosuficiente	32. Siento ganas de ayudar a la naturaleza.
7. Siento que cumplo con mis metas	33. Me siento arrepentido.
8. Siento que soy responsable	34. Siento que soy sincero conmigo.
9. Siento que tengo confianza en mi mismo.	35. Siento que soy respetuoso.
10. Siento confianza en los demás	36. Siento que soy grosero.
11. Me siento optimista	37. Siento cariño hacia mis amigos.
12. Me siento fracasado en mi vida emocional.	38. Siento cariño hacia mi familia.
13. Siento que he perdido.	39. Siento ganas de aislarme.
14. Siento que no cumplo con mis metas.	40. Siento ganas de vengarme.
15. Me siento feliz.	41. Siento ganas de pegar.
16. Siento que estoy contento.	42. Me siento agresivo.
17. Siento que estoy contento con mi mamá.	43. Siento ganas de irme a mi casa.
18. Siento ganas de ayudar a las personas que no se pueden superar.	44. Siento rencor.
19. Me siento fracasado en mis estudios.	45. Siento satisfacción.
20. Me siento fracasado en mi vida social.	46. Siento que no puedo controlar mi coraje.
21. Me siento deprimido.	47. Siento que no puedo controlar mis impulsos sexuales.
22. Siento que trato correctamente a las personas.	48. Me siento abandonado.
23. Me siento enojado con mis hermanos.	49. Siento desprecio.
24. Me siento enojado con mi mamá	50. Me siento despreciado.
25. Me siento enojada con mi papá.	51. Siento amor.
26. Siento que soy sincero con los demás.	52. Siento que soy amigable.

53. Siento desesperación.	75. Siento que soy avaro.
54. Me siento motivado.	76. Me siento aburrido.
55. Siento nostalgia.	77. Siento preocupación.
56. Siento que puedo corregir.	78. Siento que soy compartido.
57. Siento miedo.	79. Me siento paciente.
58. Me siento desilusionado.	80. Siento lealtad.
59. Me siento nervioso.	81. Siento gratitud.
60. Siento envidia.	82. Siento libertad.
61. Siento que tengo iniciativa.	83. Siento ternura.
62. Siento celos.	84. Me siento conforme.
63. Me siento productivo.	85. Siento admiración.
64. Me siento incomprendido.	86. Siento amargura.
65. Me siento indiferente.	87. Me siento obediente.
66. Siento ganas de agradar.	88. Siento dolor.
67. Me siento egoísta.	89. Me siento justo.
68. Me siento infiel.	90. Me siento honrado.
69. me siento bondadoso.	91. Me siento noble.
70. Me siento enamorado.	92. Siento que perdono.
71. Me siento hipócrita.	93. Siento simpatía.
72. Siento ganas de superarme.	94. Siento fastidio.
73. Siento ganas de suicidarme.	95. Me siento humillado.
74. Me siento reprimido.	96. Siento vergüenza.

ANEXO 2

Cuestionario de Exploración.

Indicación:

A continuación encontrará una serie de preguntas con referencia a la manera en que usted percibe la relación que tiene con su hijo. Éstas las podrá contestar de forma abierta, no hay respuestas buenas o malas, las que se esperan son aquellas que sean sinceras. El contenido de este cuestionario será confidencial.

1, ¿Qué hace usted cuando observa que a su hijo se le dificulta relacionarse con niños de su edad?

2. ¿Qué actitud tiene hacia su hijo después de haber tenido una discusión con él?

3. ¿Qué hace usted cuando su hijo le interrumpe en una conversación que tiene con otras personas?

4. ¿Qué hace usted cuando por lo regular observa que su hijo tiene desordenado sus materiales escolares?

5. ¿Qué actitud toma usted cuando necesita salir sola sin su hijo y éste le dice que no se vaya?

6. ¿Cómo reacciona usted cuando al hablarle a su hijo para que se siente a comer, éste no responde a su llamado?

7. ¿Qué tan frecuente siente que usted no entiende a su hijo?

8. Cuando trata de acercarse a su hijo y éste lo ignora, ¿Qué hace usted?

9. ¿Cómo reacciona usted cuando después de haber reprendido a su hijo por una falta de respeto, él se acerca como si nada hubiera pasado y le pide algo que ya le había negado?

10. ¿Cómo reacciona usted cuando su hijo se acerca con la intención de acariciarla?

11. ¿Qué hace usted cuando su hijo se tarda en tomar alguna decisión relacionada con las actividades escolares?

12. ¿Cómo reacciona usted cuando observa que su hijo realiza alguna conducta en donde pone en riesgo su integridad física?

13. ¿Qué hace usted cuando observa que su hijo se le dificulta permanecer quieto en un mismo lugar?

14. ¿Qué actitud ha tomado usted cuando le han llegado a reportar de la escuela que su hijo agredió física o verbalmente a algún compañero?

15. ¿Cómo reacciona usted cuando le da instrucciones a su hijo delante de otras personas y él no le obedece?

16. ¿Qué hace usted cuando su hijo no concluye la tarea escolar que tiene que llevar al día siguiente?
