

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trastorno por Déficit de Atención, Autoestima y Autoconcepto en niños atendidos en el Hospital Infantil de México "Federico Gómez"

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

Evelina Baeza Castro

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. EVA MARÍA ESPARZA MEZA

ASESOR ESTADÍSTICO: LIC. ESTELA CORDERO

REVISOR: LIC. AIDA ARACELÍ MENDOZA IBARROLA

SINODALES: Dr. JOSE DE JESUS GONZÁLEZ NUÑEZ

Dra. CLAUDETTE DUDET LIONS

Mtra. ANGELINA GUERRERO LUNA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Agradecimientos:

A mis papás:

Por acompañarme durante todo mi crecimiento profesional, emocional, espiritual y biológico, por estar conmigo, cuidarme y orientarme; enseñándome el sentido de la responsabilidad e inculcarme la idea de que una persona puede llegar hasta donde se propone si se dedica y da el primer paso para lograrlo.

Muchas gracias por estar tan cerca, por su cariño y cuidado, por que la mujer que soy ahora es reflejo del esfuerzo que ustedes hicieron.

A mis hermanas (Nerina, Carmen y Elizabeth):

Por ser mis compañeras de aventuras, disfrutar, reír, preocuparse, llorar y alegrarse conmigo y participar de mis proyectos y hacerlos como si fueran suyos.

Por amortiguar mis estados de animo y brindarme su cariño en todo momento. ¡Gracias!

A mis hermanas terapéuticas (Adriana, Paola, Perla, Alma y Esperanza):

Porque con su fuerza me ayudaron en la parte más difícil del trabajo y porque estoy segura estarán felices como yo por este logro.

A mis amigos:

Por compartir un proyecto profesional juntos y apoyarnos para verlo realizado.

Gracias sin su entusiasmo, compañerismo y apoyo la licenciatura no hubiera sido la misma.

A la Dra. Vanesa Nahoul Serio:

Por ayudarme a conocerme más, a aceptar las cosas que puedo cambiar y las que no, por ayudarme a dejar las cosas que me hacen más pesado mi desarrollo y crecimiento, aunque a veces no siga las indicaciones al pie de la letra pero sobre todo por ayudarme a estar más cerca de las personas que quiero y por señalarme el camino para lograr lo que deseo.

Académicamente:

Al Dr. José de Jesús González Núñez:

Por su ejemplo como profesional de la Salud Mental, por su afecto y por todas las recomendaciones para mi crecimiento profesional. Además de ayudarme a ver la vida de otro color y acompañarme en la búsqueda de mi comprensión como persona.

A la Mtra. Eva María Esparza Meza:

Por ser uno de mis primeros modelos en el trabajo con niños, por guiarme en esta aventura y acompañarme a ver este sueño terminado.

Gracias por mostrarme como las conductas infantiles tienen un sentido más profundo y con ello despertarme el gusto y el anhelo de ser psicoterapeuta infantil.

A la Lic. A. Araceli Mendoza Ibarrola:

Por enseñarme el mundo mágico de la psicología de una forma clara. Por brindarme su apoyo para poder terminar este proyecto. Y por ser una de las personas que influyeron en mi identidad como psicoterapeuta infantil.

A la Lic. Juana Estela Cordero Becerra:

Por su apoyo como asesor estadístico en este trabajo y por su cercanía afectiva durante toda la formación como psicóloga. Gracias por su dedicación y apoyo.

A la Mtra. Angelina Guerrero Luna:

Por su colaboración y cercanía emocional en este proceso final porque me hace más fácil y más agradable este último paso a dar.

A la Dra. Claudette Dudet Lions:

Por su disposición en este trabajo y por las recomendaciones que me dio para poder poner el punto final a este trabajo.

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO 1. TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN.	6
1.1 Evolución del Diagnóstico: Del defecto del Control Moral al Trastorno por Déficit de Atención.	6
1.2 Aspectos etiológicos del Trastorno por Déficit de Atención.	9
1.3 Definición.	19
1.3.1 Diagnóstico Diferencial.	23
1.3.1.1 Trastorno por Déficit de Atención y Problemas de Aprendizaje	24
1.3.1.2 Trastorno por Déficit de Atención y Problemas de Conducta	26
1.4 Prevalencia.	27
1.5 Evolución y Pronóstico	27
1.5.1 Incidencias en las etapas evolutivas en el Trastorno por Déficit de Atención	28
1.6 Evaluación del Trastorno	30
1.7 Tratamiento	32
1.7.1 Tratamiento farmacológico	32
1.7.2 Tratamiento psicoterapéutico	34
CAPÍTULO 2. AUTOESTIMA Y AUTOCONCEPTO.	36
2.1 Antecedentes de los conceptos de Autoestima y Autoconcepto	36
2.2 Definición de los conceptos de Autoestima y Autoconcepto	38
2.3 Aspectos teóricos del desarrollo de la Autoestima y el Autoconcepto.	43
2.3.1 Desarrollo Psíquico	45
2.3.2 Identidad	48
2.3.3 Ideal del Yo	53
2.3.4 Familia	55
2.4 Otros factores que influyen en el desarrollo de la Autoestima y el Autoconcepto	64
2.4.1 El juego.	64
2.4.2 Sentido de Competencia.	66
2.4.3 La Escuela	68
2.4.4 El grupo de Amigos	72
CAPÍTULO 3. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.	75

3.1 Justificación.	75
3.2 Planteamiento del Problema	76
3.3 Objetivos	76
3.4 Variables	76
3.5 Definición Operacional de las Variables	76
3.6 Definición Conceptual de las Variables	76
3.7 Hipótesis	77
3.8 Diseño de Investigación	77
3.9 Procedimiento	83
CAPÍTULO 4. RESULTADOS.	85
a) Variables Demográficas	86
b) Dibujo de la figura Humana de Karen Machover	91
c) Categorías del Cuestionario del dibujo de la Figura Humana de Karen Machover	110
d) Datos del Inventario de Autoestima de Coopersmith	119
e) Categorías del cuestionario anexo al Inventario de Autoestima de Coopersmith	121
CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN	130
CAPITULO 6. CONCLUSIONES.	144
BIBLIOGRAFÍA	146
ANEXOS	152

Resumen

Los objetivos de la presente investigación fueron conocer como se encontraban los índices de la autoestima de un grupo de niños con Trastorno por déficit de Atención atendidos en el Hospital Infantil de México “Federico Gómez”, describir su autoconcepto y comparar los índices de autoestima con su autoconcepto. La muestra estuvo conformada por 25 niños que cumplieron con los requisitos de: haber sido diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención, de acuerdo al DSM-IV por el departamento de Psiquiatría del Hospital, saber leer y escribir y tener entre 8 y 12 años. La autoestima se midió a través del Inventario de Autoestima de Coopersmith y el Autoconcepto a través del Dibujo de la Figura Humana de Karen Machover, una entrevista anexa a cada instrumento para contar con datos a nivel cualitativo de sus respuestas. Los resultados se reportan con base en estadística no paramétrica y mediante el coeficiente de correlación de Spearman para conocer la relación entre los diferentes subtest del Inventario de Autoestima. Los resultados obtenidos muestran que existe únicamente correlación estadísticamente significativa entre la Autoestima total del Inventario de Autoestima de Coopersmith y la subescala de Autoestima Social del Inventario, así como entre la Autoestima Total y la subescala de Autoestima Personal del Inventario. El resto de las diferentes combinaciones entre las subescalas no muestran datos de correlación. Cualitativamente se encontró que los niños manifiestan necesidades de afiliación, reconocimiento y recreación, es decir son niños que requieren de un estímulo externo que enfatice los logros obtenidos, los niños de la muestra niegan la situación en la que se encuentran enfatizando o sobrevalorando las situaciones favorables sobre las desfavorables, manifestando por ello una autoestima aparentemente alta y un autoconcepto aparentemente alto, por lo que en el Inventario de Autoestima de Coopersmith se muestran datos de una Autoestima alta que se diferencia de los datos derivados del Autoconcepto en donde los niños de la muestra manifiestan sentimientos de duda e inseguridad que no son propios de una autoestima y un autoconcepto elevados, pues existe desconfianza de sus habilidades.

Introducción.

Es común dentro de la consulta del Hospital Infantil “Federico Gómez” y por supuesto en cualquier otro, que algunos padres lleguen al consultorio del psicólogo a exponer los siguientes motivos de consulta: *siempre esta corriendo de un lado a otro, en la escuela se levanta y comienza el desorden con sus compañeros, pierde continuamente las cosas, cuando le hablo parece no escuchar, hace cosas que lo ponen en peligro, va muy mal en la escuela,* entre otros comentarios.

Las anteriores exposiciones corresponden a las descripciones hechas para referirse a algunos de los síntomas del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Este problema, constituido como tal en la medida en que produce malestar emocional a unos y otros, lo presentan tanto niños como adultos, con manifestaciones diferentes según la edad y la educación recibida.

Este trastorno implica primordialmente una dificultad generalizada en el espacio y el tiempo (ocurre en cualquier lugar y todos los días), para mantener y regular la atención, y una actividad motora excesiva (hiperkinesia o hiperactividad). Secundariamente, se manifiesta en forma de un notable déficit de reflexividad: actúa con impulsividad o con escasa reflexión. (García y Magaz, 2003)

Las características principales del individuo con TDAH son las siguientes:

DÉFICIT DE ATENCIÓN. Los padres indican que los niños, comparados con la mayor parte de sus iguales, pasan rápidamente de una actividad a otra y no prestan atención a lo que se les dice. Los profesores se quejan de la falta de concentración, de conductas que no tienen que ver con las tareas encomendadas y de falta de atención a las instrucciones que se les dan.

Se habla acerca de que la falta de atención puede darse especialmente en situaciones aburridas, tareas prolongadas o repetitivas (Wicks-Nelson y Alen, 1997, García y Magaz, 2003)

PROBLEMAS DE ACTIVIDAD. Los problemas motores incluyen un exceso de actividad manifestada como una actividad inoportuna. Los niños con TDAH tienen la característica de moverse de un lado a otro, pareciera que no pudieran estar sentados, por lo que es común que les ocurran accidentes. Su movimiento es enérgico, desorganizado y carente de objetivos. Los niños hiperactivos parecen tener problemas para regular su conducta según los deseos de otras personas o las demandas de una situación en particular.

IMPULSIVIDAD. El Manual Diagnóstico y estadístico para los Trastorno Mentales (DSM-IV) indica que los niños impulsivos se precipitan en las respuestas antes de que acaben de preguntarles, tiene dificultad para esperar su turno e interrumpen constantemente a los demás o se entromete en las actividades que realizan.

Debido a la interacción de estas tres particularidades del trastorno, el niño con Déficit de Atención no sólo tiene que hacer frente a los signos de tal padecimiento sino a una serie de problemas asociados como dificultades en el rendimiento escolar, de adaptación social, auto concepto y autoestima, entre otros. (Loney, 1974, Verduzco, 1992, García, 2001, Herranz, 2001, Real del. 2001, García y Magaz, 2003)

La *autoestima* es de importancia en el funcionamiento humano a lo largo de la vida y desde luego en los primeros años ya que se le asocia con buenas relaciones con los compañeros, con un alta motivación para las tareas (Reasoner, 1982, en Vázquez, 1995) y con un mayor compromiso en el trabajo y con el respectivo éxito en las actividades que realizamos.

En los niños con Trastorno por Déficit de Atención como consecuencia de la acumulación crónica de frustraciones y castigos, éstos en su mayor parte dirigidos a su persona y no sólo a su comportamiento inadecuado, el niño/a con TDAH suele llegar a la preadolescencia con un autoconcepto de sí mismo muy malo y una autoestima escasa.

Los estudios realizados con adolescentes, jóvenes y adultos con este problema ponen muy claramente de manifiesto esta correlación entre padecimiento del problema y mal ajuste social y personal. (Verduzco, 1992).

García y Magaz (2003) mencionan que la persona con TDAH, prácticamente desde la primera infancia, manifiesta un deseo intenso de agradar a los demás y de recibir aprobación social por lo que hace. Cuando participa en un programa de entrenamiento en cualquier habilidad, se entrega con enorme ansiedad de ejecución, lo que, muchas veces es un factor de riesgo para que nuevamente fracase. Por ello, se le puede considerar necesario escalar los objetivos o metas progresivamente, de modo, que al ir constatando que puede aprender y mejorar, su auto concepto mejore y su autoestima aumente.

En la literatura se han encontrado investigaciones que relacionan el Trastorno por Déficit de Atención con la autoestima de los niños, entre ellas: la de Verduzco (1992) quien comparó la autoestima de niños con Trastorno por Déficit de Atención (TDAH) sin tratamiento, con tratamiento (Programa Norteamericano llamado Excel) y niños sin el Trastorno pero que se sometieron a las mismas condiciones experimentales del estudio.

Los hallazgos de Verduzco reconocieron menores puntajes de autoestima en niños con TDAH sobre todo sin tratamiento, pues los niños que se sometieron a tratamiento casi alcanzaron los puntajes de los niños sin el Trastorno, lo que permitió argumentar que la percepción de ser atendido, comprendido y tomado en cuenta ayuda al niño a mejorar su imagen.

Senties González (2003) por su parte realizó un estudio en donde comparó la autoestima de las madres con hijos diagnosticados con TDAH y la autoestima de las madres de hijos sin el diagnóstico anterior y con buen rendimiento escolar, los resultados que obtuvo al final indicaron que no hay diferencias en el nivel de autoestima general de las madres pero si en cuanto a la autoestima negativa y a la autoestima positiva como madre, la cual fue mayor para las madres de hijos con buen rendimiento escolar, en el primer caso, y en el segundo mayor para las madres de hijos con el diagnóstico de TDAH. En cuanto a los grupos de niños se observó un mayor nivel de autoestima en los niños con buen rendimiento escolar en comparación con los niños con TDAH; concluye con que no existe relación alguna entre la autoestima de la madre y de su hijo para ambos grupos.

Como podemos ver la autoestima no es una evaluación estática sino que depende de la retroalimentación que se obtenga del ambiente, y para los niños especialmente de los padres, de la escuela y de los lugares en donde ellos se desenvuelven habitualmente. La imagen favorable o desfavorable que se obtenga de dicha evaluación va a determinar en gran parte la forma de actuar que tenga el niño, la forma en que este se enfrente a las condiciones ambientales o la atribución causal que se forma acerca de los acontecimientos por los que pasa.

De la misma manera el autoconcepto es dinámico puesto que conforme se va creciendo, este se va transformando y se va haciendo más detallado y complejo. Mc. David. Jhon (1978, citado por Servín, Requena, y Córtes) considera que hay tres factores que lo determinan, en primer lugar el lenguaje, en segundo la retroalimentación social y por último los sucesos personales y de fracaso. Como es de esperarse en el niño con Trastorno por déficit de atención, dicha retroalimentación así como también las experiencias a las que se ve sometido generalmente, van a determinar en el niño un autoconcepto negativo.

Al respecto García y Magaz (2003) refieren la dificultad del menor para regular su comportamiento, contribuye a que tenga problemas para seguir instrucciones

Aunque el desarrollo del niño le permite ir detallando y haciendo más complejo su autoconcepto, también va adquiriendo una serie de comportamientos dentro de su grupo social.

Mussen (1969, citado por Servín, Requena, y Córtes,) indica que el autoconcepto del niño estará influenciado por la manera como sus compañeros, maestros y padres respondan a él, a su comportamiento y a su apariencia y posiblemente esté dado por las expectativas que tenga el niño en cuanto a cada una de sus características.

Shavelson, Hubner y Stanton (1976, en Amezcua y Pichardo, 2000) plantearon un modelo distinguiendo un autoconcepto general que se subdivide en académico (inglés, historia, matemáticas y ciencias) y no académico, que se compone de autoconcepto social (compañeros y otros significativos), emocional (estados emocionales particulares) y físico (habilidad física y apariencia física). Desde el modelo multidimensional se propone que el autoconcepto puede ser evaluado utilizando instrumentos que midan cada una de las áreas por separado (apariencia física, competencia escolar...). Los seguidores de este modelo de autoconcepto han establecido recientemente la noción de *autoconcepto global* que se refiere a cómo nos percibimos o nos consideramos en general.

Las investigaciones que se han realizado en cuanto a el autoconcepto y el Trastorno por Déficit de Atención son nulas, generalmente van encaminadas a estudios con adolescentes o bien TDAH relacionado a otras variables como el rendimiento académico o el autoestima como ya se mencionó, por lo que esta investigación pretende conocer cual es el autoconcepto de los niños con TDAH y su relación si existe con el autoestima.

Capítulo 1.

Trastorno por Déficit de Atención.

1.1 Evolución del diagnóstico: del defecto del control moral al TDAH.

El trastorno por déficit de atención es un padecimiento cuyo diagnóstico se ha transformado a lo largo de la historia, producto tanto del desconocimiento de su etiología como de la falta de precisión de los criterios diagnósticos. El presente apartado tiene como objetivo ofrecer una revisión de las modificaciones en el diagnóstico que este trastorno ha tenido hasta llegar a la clasificación actual.

El trastorno que hoy conocemos como déficit de atención fue descrito por inicialmente por un médico alemán llamado Heinrich Hoffman en 1854 (citado en Benjumea, 1992).

Bourneville en 1897 (citado en Benjumea, 1992) describe al “Niño inestable” caracterizado por su intranquilidad y destructividad, que se deja sugestionar fácilmente y con escasa capacidad para controlar sus impulsos.

Es Still en 1902, (citado en Benjumea, 1992) quien hace la descripción más cercana a lo que hoy conocemos como trastorno por déficit de atención explicándolo como “Defecto de control moral”, refiere niños con temperamento violento, revoltosos, perversos, destructivos, con ausencia de respuesta a los castigos, frecuentemente inquietos y molestos, mostrando movimientos casi coreiformes, con incapacidad para mantener la atención, fracaso escolar, aún en ausencia de déficit intelectual y anomalías congénitas menores como epicantus y paladar ojival. Señala la edad de inicio en los tempranos años escolares, con una frecuencia mayor en varones que en mujeres.

Según Still el déficit moral representa la manifestación de alguna condición mórbida física. Still enlaza “moral defectuosa” con enfermedades físicas (meningitis, daño cerebral, tumores), alteraciones pre y perinatales –parto dificultoso, prematuridad- y enfermedades en la madre.

Proponía que las alteraciones de conducta resultaban de una interacción de susceptibilidad hereditaria y disfunción cerebral actuando sobre una facultad humana (control moral) que era esencialmente heredada, de adquisición tardía y susceptible de pérdida.

En 1917 Rodríguez Lafora (citado en Benjumea, 1992) menciona a niños mentalmente normales que no pueden fijar su atención ni para oír, ni para comprender, ni para responder, llama a estos niños nerviosos e indisciplinados. Su movilidad física, paralela a la psíquica, no resiste ninguna dirección.

Benjumea (1992) señala que fue J. Abranson quien consolidó en 1940 el síndrome de la inestabilidad psicomotriz” al dar a conocer su libro “el niño y el adolescente inestable”.

En 1947 Strauss y colaboradores recurren al concepto de lesión cerebral mínima para referirse al síndrome caracterizado por hiperactividad, inestabilidad e impulsividad (Benjumea, 1992). Esta clasificación se mantuvo vigente hasta 1962 cuando el grupo de estudios internacionales de Oxford rechazó el concepto de lesión cerebral mínima para adoptar el de Disfunción Cerebral Mínima. Manga, Fournier y Navarredonda (en Beloch., Sandín y Ramos, 1995) argumentan que el término DCM se atribuye a niños de inteligencia general próxima a la media, en la media o superior a la media con ciertas dificultades de aprendizaje o de conductas que van de medias a severas, asociadas con desviaciones funcionales del sistema nervioso central. Estas desviaciones pueden manifestarse a través de varias combinaciones de déficit en la percepción, conceptualización, lenguaje, memoria y control de la atención, impulso o función motora.

En 1966 el departamento Americano de Salud, Educación y Bienestar define el término “Disfunción Cerebral Mínima” como referido a niños de inteligencia cercana o por debajo al término medio con ciertas dificultades de aprendizaje y de conducta que van de un rango de media a severa lo cual esta asociado con desviaciones del S. N. C. Estas pueden deberse a alteraciones en la percepción, lenguaje, memoria, control de atención, impulso y función motora. Todas estas alteraciones estarían desencadenadas por variaciones genéticas, irregularidades bioquímicas, insulto cerebral perinatal u otras enfermedades o daños mantenidos durante los años que son críticos para el desarrollo y maduración del S. N. C. (Beloch., Sandín y Ramos, 1995)

Wender en 1973 (citado en Benjumea, 1992) realizó una subdivisión de los niños con DCM. El “Fenotípico” –incluyendo el caso hiperactivo-, el “Neurótico”, el “Psicopático”, el “Psicótico” y con “Problemas específicos de aprendizaje”. Para él existen dos defectos primarios en estos niños: 1. un aparente incremento en el estado de alerta y 2. Disminución de la capacidad para los afectos positivos y negativos, resultando una disminución de sensibilidad a gratificaciones positivas y negativas.

Para Fejerman (1975, citado en Benjumea, 1992) las alteraciones clínicas que caracterizan a los niños con DCM pueden establecerse en tres áreas: las alteraciones en la conducta que dan lugar a un síndrome hiperquinético, las de la motricidad y las de la percepción- integración, que provocan trastorno específicos del aprendizaje (dislexia-disgrafía). Dentro de las alteraciones correspondientes a la esfera de la percepción-integración, incluye deficiencias en la discriminación figura-fondo, en la discriminación derecha-izquierda, en la lateralidad, trastornos en la coordinación visomotora y en la audibilidad, deficiencia en la integración intersensorial, en las gnosias digitales y fallos en la organización del lenguaje.

Fejerman incluye dentro del síndrome hiperkinético: hiperactividad, falta de control de la atención, impulsividad, agresividad, alteraciones de la integración del lenguaje y poca capacidad de verbalización, perseveración, trastorno de la memoria y del pensamiento, poca tolerancia a la frustración, trastorno del sueño y aumento de la irritabilidad en el primer año de vida y reacciones paradójicas a medicaciones que actúan sobre el S. N. C.

En los años 70s se cuestiona que dicha hiperactividad sea el síntoma principal del cuadro, tomando lugar prioritario las dificultades en la atención, es a partir de los trabajos de Douglas (1972, citado en Benjumea, 1992) que el trastorno se empieza a catalogar como “Déficit atencional”.

En 1980 la Asociación Psiquiátrica Americana introduce la clasificación el concepto de Trastorno por Déficit de Atención cuyos síntomas primordiales son: impulsividad y falta de atención. Hay dos subtipos del trastorno activo, uno con y otros sin hiperactividad.

El problema de inatención está siempre presente y a menudo resulta el síntoma más prominente y común denominador en niños etiquetados con diagnóstico como los mencionados de síndrome del niño hiperactivo.

Fue en 1986 cuando Barkley (citado en Verduzco, 1992) definió este trastorno de la siguiente manera: *la 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 surgen en el desarrollo temprano, es significativamente crónico y afecta todas las áreas de funcionamiento, no se atribuye a retardo mental, sordera, ceguera, impedimentos neurológicos gruesos o desórdenes emocionales severos.*

August y Garfinkel en 1989 han identificado dos tipos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en base a medidas

neuropsicológicas y cognitivas. El tipo “cognitivo” y el tipo “conductual” (García, 1992).

La mayoría de los diagnósticos hechos hacen referencia al tipo conductual mientras que un 20 % incluyen el tipo cognitivo, (García 1992). Este último presenta déficits en el procesamiento de la información, codificación y evocación de la información verbal. Características concomitantes con las dishabilidades lectoras y consecuentemente, con un mayor fracaso escolar. Mientras que los del tipo conductual no muestran tales características, y se diferencian en función de su gravedad en tipo severo y medio (según mayor o menor descontrol de la impulsividad y planificación alterada en la prueba de solución de laberintos).

Una categoría de diagnóstico llamada trastorno por déficit de atención indiferenciado (TDAI) se añadió al Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders tercera edición revisada (1987) para los niños que tienen únicamente problemas de inatención, explícitamente dice que –algunos de los trastornos que en el DSM III han sido categorizados como trastorno por déficit de atención sin hiperactividad pueden ser incluidos en esta categoría. El DSM III-R incluye entre los síntomas del apartado “Sintomatología Asociada” a la baja autoestima.

Un nuevo cambio aparece en el DSM-IV (1994) en cuanto a la clasificación del trastorno, pues esta vez existen tres categorías diferentes basándose en la presencia predominante de déficit de atención, de hiperactividad-impulsividad o de una combinación de ambos.

Dentro de los criterios diagnósticos se menciona que la conducta debe ser desadaptativa en por lo menos 2 situaciones diferentes; Wicks-Nelson (1997) incluye un tipo de trastorno por déficit de atención con hiperactividad: **el situacional**.

No sólo la concepción del Trastorno por Déficit de Atención ha sufrido cambios, las formas de explicarlo también han cambiado a lo largo de la historia, es por eso que como parte de este capítulo se presentan algunas de las corrientes que han intentado explicar el fenómeno a lo largo de su historia hasta nuestros días.

1.2 Aspectos etiológicos del Trastorno por Déficit de Atención.

La concepción médica aborda el origen del TDA desde la visión occidental del padecimiento, los hallazgos que a continuación se describen pertenecen en su mayoría a tal concepción.

Desde las primeras descripciones de este trastorno se le trató de relacionar con la posible presencia de alteraciones cerebrales tomando como síntoma central la hiperquinesia.

Kahn y Cohen en 1934 (citados en Benjumea, 1992) acuñan el término “Síndrome de Impulsividad Orgánica”. Este trastorno era consecuencia de alteraciones en la organización del tronco cerebral causado frecuentemente por traumas, encefalopatía prenatal, daño en el parto o también debido a un defecto congénito en dicho tronco cerebral, afectando a la organización de la modulación del nivel de actividad.

Blau en 1936 (citado en Benjumea, 1992) sugería que las alteraciones comportamentales tras trauma cerebral podían deberse a lesión localizada en las áreas frontales de asociación ya que los niños sufrían cambios bruscos de personalidad tras el trauma.

En los años 40s Strauss y cols así como Werner y col (citados en Verduzco, 1992) estudiaron a niños que presentaban antecedentes de su historia pre, peri y post-natal y en su infancia temprana que pudieran haber causado una lesión del SNC. El estudio lo hicieron formando dos grupos: el primero con niños que no los tenían, encontrándose una incidencia de mayores alteraciones perceptuales, impulsividad, hiperactividad, labilidad emocional, distractibilidad, así como características anormales de rigidez y perseveración en los niños con algún antecedente de lesión del sistema nervioso. Se introdujo entonces el término de daño cerebral, pero dada la poca evidencia que se tenía en cuanto a la presencia de alteraciones neurológicas claras, se le llamó daño cerebral mínimo.

Otro factor biológico considerado ha sido el retardo maduracional. En estos niños parece ser que el problema se centra en que la maduración de su sistema nervioso requiere de un tiempo más largo y se presenta en forma irregular (González, 2000).

La probabilidad de una posible influencia genética ha sido también investigada; estudios como los de Cantwell en 1972 o los de Morrison y Stewart en 1973 (op, cit, Verduzco, 1992) han encontrado menores antecedentes psiquiátricos en las historias de padres adoptivos de hiperactivos adoptados que en los padres biológicos de hiperactivos que no habían sido adoptados.

Así mismo se han encontrado evidencias (Streissguth et al., 1984, citado en Wicks-Nelson, 1997) de hiperactividad presentada en niños con antecedentes familiares de consumo de alcohol y drogas, tanto en los períodos prenatales como perinatales.

Se han realizado estudios que relacionan la herencia con la aparición del trastorno especialmente en gemelos idénticos (Rutter, citado en Wicks-Nelson, 1997), sin embargo estos hallazgos no han mostrado evidencia suficientemente válida.

En general estos estudios genéticos muestran la posibilidad de que este sea un síndrome heterogéneo y que en algunos casos pudiera existir un determinante genético, que su transmisión sea poligenética y no solo debida a un simple gen dominante.

Se han acumulado evidencias también en cuanto a las posibles alteraciones bioquímicas presentes en este trastorno. Coleman en 1971 (citado en Verduzco, 1992) reporta niveles disminuidos de serotonina, responsable de la vigilia y la reactividad motora.

Feingold (citado en Verduzco, 1992) apoyó también la relación de la hiperactividad con reacciones alérgicas a los alimentos o bien con ingestiones de saborizantes, conservadores y colores artificiales.

Connors et al. En 1980 fueron de los primeros que estudiaron a niños hiperactivos estando bajo una dieta especial y bajo una dieta de control. Los profesores, aunque no los padres, encontraron la dieta más eficaz. Posteriormente, se llevaron a cabo tres estudios cuestionando la hipótesis en los que se ponía a prueba a niños que seguían la dieta de Feingold mediante una galleta con colorantes o con una galleta sin colorantes. Los resultados fueron ambiguos, pero en su mayor parte no respaldaron las afirmaciones de Feingold. (Wicks-Nelson, 1997).

Se han encontrado también investigaciones asociando los niveles de plomo en esmalte dental en niños con edades comprendidas entre los 6 y 8 años que correlacionaban con falta de atención a los doce o trece años. Sin embargo tampoco se consideraron como significativas (Wicks-Nelson, 1997).

En 1992 García presenta varias hipótesis para explicar la disfunción del SNC en el déficit de atención:

1. La falta de inhibición cortical, conllevaría a un mayor número de respuestas y una incapacidad para focalizar la atención. Lo cual quedaría demostrado con un tratamiento farmacológico a base de estimulantes.
2. Lesiones de estructuras del sistema fronto-límbico producen efectos desinhibitorios (incluyendo impulsividad y distractibilidad), el sistema fronto-límbico tiene importantes conexiones recíprocas con el sistema reticular activador. Y la inmadurez física del sistema fronto-límbico es asociado con patrones de conducta infantil similar a las observadas en TDAH.

3. Hipoperfusión en el lóbulo frontal. Con lo que se encuentra que cerca del 70 al 80% de los casos tienen como factor de riesgo alguna lesión en el momento del parto.

Wicks-Nelson (1997) señala que existe un menor nivel de flujo sanguíneo, de consumo de glucosa y de actividad electroencefalográfica en los lóbulos frontales.

La escuela Francesa.

Para esta escuela es importante delimitar cuidadosamente el lado orgánico y el lado psicológico de la inestabilidad, sin olvidar nunca el aspecto social y familiar.

Heuyer en 1914 (citado en Beley, 1980) detalló la noción del niño inestable, describiendo la existencia de una inestabilidad de la atención y del movimiento, insistiendo en analizar a profundidad los múltiples componentes afectivos de la atención y de la motricidad simple del niño a partir de los tres años.

Como ya se mencionó con anterioridad en 1897 D. M. Bourneville (en Ajuriaguerra, 1983) describe una inestabilidad caracterizada por una movilidad intelectual y física extrema para identificar lo que actualmente se llama Trastorno por Déficit de Atención.

Con el trabajo de Wallon, “el niño turbulento” (1925, citado en Ajuriaguerra, 1983) y el de Abramson, “el niño y el adolescente inestable”, la escuela francesa se perfila hacia la inestabilidad psicomotriz para explicar el Trastorno por Déficit de Atención.

A. M. J. Chorus (citado en Ajuriaguerra, 1983) cree que el aspecto motor y el aspecto de la forma psíquica son las dos caras de un mismo estado de la personalidad que se llama *inestabilidad*, los dos aspectos demuestran de forma clara que la inestabilidad no es sólo una cuestión de inestabilidad, sino también de carácter; en definitiva, es un problema de falta de duración o de continuidad de la conducta global.

Desde este punto de vista la génesis del padecimiento puede explicarse a través de:

- La inestabilidad puede integrarse dentro del cuadro de un estado reactivo a una situación traumatizante o ansiógena para el niño, pues mientras más pequeño es más tiende a expresar el malestar o la tensión psíquica mediante su cuerpo (Marcelli y Ajuriaguerra, 1996).

-Es posible encontrar esta inestabilidad aislada de cualquier evento que pueda desencadenarla, sin deficiencias importantes en otros aspectos del desarrollo y sin que el equilibrio psicoafectivo aparezca perturbado, con un nivel intelectual normal; es más bien el ambiente, es decir, la intolerancia del ambiente, especialmente el familiar la que incide en denunciarlo. La respuesta intolerante del medio o unas exigencias excesivas pueden ocasionar la fijación de la reacción motriz en un estado patológico, determinando de algún modo una forma peculiar de ser: la inestabilidad (Marcelli y Ajuriaguerra, 1996).

- Puede aparecer asociada con otras manifestaciones psicopatológicas como: enuresis, alteraciones del sueño, dificultades escolares, conductas agresivas con reacciones de altanería, conductas provocadoras y temerarias, notable susceptibilidad y tendencia a la destrucción o a la autodestrucción. La inestabilidad en estos casos puede adoptar el significado de una búsqueda de autocastigo como se observa en niños que experimentan un sentimiento de culpabilidad neurótica. En otros casos, la inestabilidad representa la respuesta a una angustia permanente, sobre todo cuando predominan los mecanismos proyectivos persecutorios o un equivalente a la defensa maniaca frente angustias depresivas o de abandono. (Marcelli y Ajuriaguerra, 1996)

- Kulka, Fry y Goldstein (citados en Ajuriaguerra, 1983) explican las hipercinesias infantiles a partir de la privación cinestésica, pues ellos creen en la existencia de una auténtica necesidad de movimiento. Basan su opinión al considerar a la motilidad como una forma de expresar el impulso cinestésico, el desarrollo cinestésico de una persona está influido por los acontecimientos de su vida, especialmente por las primeras reacciones madre-hijo y en la naturaleza constitucional, incluso en la misma necesidad y en la tolerancia de las frustraciones.

Según Wallon (en Puyuelos, 1981) el sujeto que no juegue no se desarrollará normalmente, porque las integraciones sucesivas se harán a partir de funciones pobres, desechadas que no han alcanzado el punto óptimo de evolución.

Sin embargo Puyuelos (1981) en su libro *Introducción a Wallon*, hace una cita en la que menciona: *lo que importa no es la materialidad de un gesto (movimiento), sino al sistema al que pertenece en el instante en que se manifiesta* (p.91) y continua explicándolo: el educador -y valdría la pena agregar cualquier persona-, no puede juzgar únicamente desde el exterior, ya que el comportamiento no tiene, inmediatamente, una significación para el observador, salvo para el ingenuo que cree comprenderlo todo, sin ningún tipo de proceso; las reacciones de un niño son complejas y para poder comprenderlas hay que reemplazarlas en un contexto más general.

El significado de una reacción de oposición no es siempre el mismo varía según el niño y varía para el mismo niño, en función del tiempo y el lugar.

Al igual que la postura occidental hace referencia a las alteraciones orgánicas, la postura francesa según Kiener (1940, en Ajuriaguerra, 1983) considera las alteraciones orgánicas como una posibilidad de explicación para la inestabilidad psicomotriz.

S. Kiener al clasificar el grupo de las inestabilidades psicomotrices, ubica dos grupos:

1. Las inestabilidades adquiridas que pueden ser consecuencia de factores orgánicos o de traumatismos y situaciones psicológicas desfavorables (factores socioeconómicos y familiares).
2. Las inestabilidades constitucionales que responderían a unas predisposiciones innatas o hereditarias que serían relativamente independientes de las condiciones.

Abramson (1940, citado en Beley, 1980) examina numerosas observaciones clínicas desde el punto de vista del triple desarrollo intelectual, afectivo y motor; demuestra como en el inestable las situaciones no son consideradas más que de forma fragmentaria, con un automatismo asociativo que se inclina siempre a las respuestas de mayor facilidad, y de que forma este hecho impide el acceso a lo relativo y abstracto; la imaginación es tan pobre como rápida una observación concreta cuyo carácter inmediato impide la conclusión. Prescindiendo esencialmente de la ineptitud para sostener un esfuerzo de atención y de perseverancia en condiciones reguladas por una situación social, sin interés subjetivo y de goce inmediato.

Beley (1980) en su libro: "Los niños inestables", trata de identificar la existencia de una inestabilidad psicomotriz pura, a partir de lo que denomina procesos psicosomáticos (insuficiencia del sistema subcorticocerebelofrontal, insuficiencia del desarrollo afectivo e insuficiencia del encuadramiento familiar y social), haciendo un análisis de estos componentes en una muestra de niños con inestabilidades correlativas niega la existencia de un cuadro de inestabilidad psicomotriz aislada, pura.

Sin embargo su trabajo deja una serie de criterios que resumen los análisis hechos en su investigación y que detallan las características del trastorno utilizando la combinación de los procesos psicosomáticos:

Condiciones educativas. Las condiciones educativas activa o pasivamente malas, son capaces de crear por sí solas la falta de estabilidad psíquica y

motriz del niño. Se ha encontrado con extrema frecuencia disociación familiar, bien porque tenga su causa en la estructura misma de la familia (padre alcohólico y violento, madre depravada, padres separados, padres hostiles el uno al otro), bien porque dependa de circunstancias exteriores, como la ausencia del padre, obligado a trabajar en otra localidad, etc. Esta falta de armonía en el cuadro afectivo, y las dificultades materiales de resonancia fisiológica que implica, favorece en el niño la oposición a toda adquisición de reflejos colectivos, provoca la inhibición ante todo lo que sobrepasa la concreción del placer y los goces inmediatos, impulsa la sucesión rápida de las necesidades y de su satisfacción, y crea por este hecho la inestabilidad del gesto y del pensamiento.

Es común también encontrar hijos prácticamente abandonados y entregados a sí mismos, indiferencia por determinado hijo, considerado más difícil que los otros y malos ejemplos no disimulados. El niño puede también haber encontrado en un padre y una madre perfectamente unidos, pero cuyo acuerdo no existe en cuanto al esquema educativo que hay que emplear con él; la consecuencia de este estado es una falta de autoridad muy bien advertida y a fin de cuentas, una debilidad que prácticamente lo abandona a sí mismo, se encuentran también en la misma línea todos esos niños educados por abuelos incapaces de seguir un plan y proponer una disciplina ostensible o bien esos niños confiados a extraños.

Trastornos endocrinos. Los que más se encontraron fueron los trastornos en el desarrollo glandular, estos pesan sobre todo en el desarrollo tiroideo, más frecuentemente en exceso que en defecto, dando a la inestabilidad un carácter casi específico; también influye en la esfera genital, el retraso de la pubertad y la falta de maduración en general.

Degeneración y debilidad fisiológica. Se trata de niños afectados en su ascendencia y el cuadro morfológico junto con antecedentes hereditarios como alcoholismo o sífilis.

Ajuriaguerra (1983) distingue dentro del cuadro de inestabilidad psicomotriz a: la inestabilidad subcoreica que es una forma de motricidad, de aparición precoz, que responde a una ausencia de inhibición de una hiperactividad que generalmente desaparece con la edad y a la inestabilidad afectivo-caracterial que depende de la situación del medio en el que viven los niños. Estos sujetos, más que los anteriores, dan pruebas de una intencionalidad y de una dirección de su agresividad y de su impulsividad.

Los sujetos que la padecen no llegan a establecer unas relaciones objetales aceptables; buscan sin descanso unas satisfacciones que no llegan a conseguir, ya por el hecho de una insuficiencia pulsional, ya por el hecho

de un exceso pulsional. La labilidad en estos sujetos es simultáneamente sensorial y motriz y su capacidad de imantación es dispersa.

En general, aunque la presencia de una determinada conducta exista, la interpretación que se hace de tal debe de realizarse considerando una serie de variables, de tal forma que para poder acercarse a la explicación de un trastorno que como ya se ha visto es al parecer multicausal y en el cual interviene la tolerancia del ambiente como factor para desencadenarlo, es necesario de la misma forma considerarlo como producto de una serie de factores que al conjuntarse dan como resultado su presencia y no suponerlo, ingenuamente como producto de la intervención de un solo factor.

Entre los factores psicosociales que se han venido investigando se encuentran el estrés, las desavenencias matrimoniales de los padres, los trastorno psicopatológicos de los padres, la interacción entre padres e hijos, la posición económica.

a) Estrés.

Campbell (1987, en Wicks-Nelson, 1997) realizó un estudio en donde los padres que calificaron a sus hijos con puntuaciones negativas en las conductas referidas al TDAH, habían experimentado más estrés y una posición económica más baja.

b) Desavenencias de los padres.

Varios estudios examinaron el clima emocional en las familias de niños con TDAH. Los estudios compararon a las familias de niños hiperactivos con niños de grupo control, los resultados fueron mixtos. Hechtman (1981, citado en Matson, 1993) encontró que el clima emocional de la casa (grado de interacción positiva o negativa entre los miembros de la familia), era considerablemente peor en las familias de niños hiperactivos.

Semejantemente, dos estudios encontraron que las familias de niños hiperactivos tienen pobres relaciones interpersonales a diferencia del grupo control, fueron evaluados por la Family Environment Scale (Moos & Mugidos, 1981, Brown & Pacini, 1989, McGee et al., 1984, citados en Matson, 1993).

Sin embargo, un estudio que empleó el Family Assessment Device (Epstein, Baldwin, & Obispo, 1983, en Matson, 1993) no encontró diferencias significativas entre las familias de niños con TDA/H y las familias del grupo control (Cunningham, Benness, & Siegel, 1988, en Matson, 1993).

Warren (2004) realizó una investigación para conocer la influencia que tenía la empatía familiar sobre el ajuste de los niños con TDAH, sus resultados no muestran diferencias estadísticamente significativas entre grupos, sin embargo para los niños con TDAH los resultados predicen que la empatía de los padres influye sobre la autoestima y el nivel de agresión.

En conclusión pudiera pensarse que el funcionamiento de familias de niños con TDAH y el funcionamiento de familias de los grupos controles es variado, y los datos que están disponibles son mixtos.

c) Trastornos psicopatológicos de los padres.

Existe investigación que examina la patología paterna, en las muestras de niños con hiperactividad, desorden de la conducta, y psicodiagnóstico de hiperactividad y desorden de la conducta. Generalmente se han encontrado resultados consistentes: las madres de niños con el desorden de la conducta exclusivamente o con el de hiperactividad, muestran la tríada de desorden de personalidad antisocial, abuso de la sustancias, y desorden de somatización, y los padres de estos niños: desorden de personalidad antisocial o abuso de sustancias (Biederman, Munir, & Knee, 1987, Lahey et al., 1988; Reeves, Werry, Elkind, & Zametkin, 1987, Steward et al., 1980; Werry et al., 1987, citado por Matson, 1993, González, 2000).

Se ha mostrado que existe mayor probabilidad de aparición de hiperactividad y problemas de conducta en niños cuando sus padres tenían una historia de conducta antisocial (August & Steward, 1983, Weiss & Hechtman, 1986, citados en Matson, 1993).

d) Interacción entre padres e hijos.

Stormont-Spurgin y Zentall (1995, en Wicks-Nelson, 1997) encontraron que las familias de los niños en edad preescolar con TDAH y conductas de agresión eran más restrictivas y agresivas que las familias cuyos hijos en edad preescolar sólo manifestaban TDAH.

Del mismo modo, las familias de adolescentes con TDAH informan de una mayor cantidad de conflictos y exhiben un mayor número de interacciones negativas, las cuales se agravan cuando los adolescentes son también desafiantes (Barkley, Anastopoulos et al., 1992, en Wicks-Nelson, 1997).

En otra línea se ha propuesto que niños deprimidos presentan predominantemente inatención e hiperactividad y que el trastorno pudiera entonces relacionarse con una falta de estabilidad familiar. (Verduzco, 1992)

e) Posición económica.

Aunque es reportado por Wiks-Nelson (1997) y por Romero (2003), otras investigaciones opinan que la posición económica no se encuentra relacionada al trastorno por déficit de atención.

En su examen de hiperactividad y conducta antisocial en Gran Bretaña, Taylor, Schachar, Thorley, y Weiselberg (1986) encontraron a la conducta antisocial, pero no al síndrome hiperactivo, asociada con bajo status socio-económico (SES). Werry, Reeves, y Elkind (1987) revisaron la literatura que compara a los niños con el déficit atencional, conducta, oposicional, y desorden de ansiedad, y encontraron datos de SES y adversidad en la familia están chocando, concluyeron que no hay ninguna relación clara entre estos factores y los desórdenes de niñez específicos (citados en Matson, 1993).

f) Estilo de crianza.

Miranda, Jesús y Roselló (en González, 2000) mencionan que en algunos casos de Trastorno por Déficit de Atención, un estilo de crianza excesivamente restrictivo, o por el contrario permisivo en exceso, desempeña un papel fundamental en la aparición del problema, en particular cuando los padres no tienen un apoyo emocional externo adecuado.

Es muy común encontrar niños que luego de un proceso de psicodiagnóstico muestran una evaluación donde la problemática radica exclusivamente en la falta de autoridad en los padres, coincidiendo en estos casos con marcadas dificultades por parte del padre para poder cumplir con sus funciones y posicionándose en una relación fraterna frente al niño. En estos casos hablamos de sintomatología psiconeurótica generada en la angustia que implica la figura de una familia poco contenedora de las pulsiones puestas en juego en esos períodos evolutivos. (Egea, 2004)

Jenkins (en Ajuriaguerra, 1983) describe una reacción hipercinética frecuente antes de los 8 años de edad, que tiende progresivamente a ser menos frecuente, cuyas características se asemejan a las de la inestabilidad psicomotriz, y menciona que en un hogar inestable e inconsistente, tienden a desarrollar un conflicto creciente con su padres y a hacerse incontrolables, pero que al desarrollarse en un hogar fuerte, comprensible, estable, se suelen socializar; aunque su aprendizaje necesita de insistencia, firmeza y constancia.

En conclusión usando palabras de Beley (1980) no hay duda de que las situaciones de conflicto aumentan la intensidad del trastorno en sus incidentes sociales, pero no es menos evidente que el desarrollo afectivo

propio del niño con TDA, que va siempre cualquiera que sea su ambivalencia, de la abstracción personal a la concreción inmediata de los seres y de los objetos exteriores, no es el que se presta particularmente a la interiorización de sus conflictos y maduración. Por otro lado en el desequilibrio familiar que rodea al niño con TDA, se advierte con mucha frecuencia la falta de educación para con el niño.

Sin duda alguna el factor que domina manifiestamente en el síndrome de la inestabilidad del niño y el adolescente con TDA es la falta de equilibrio emocional.

1.3 Definición.

Como se ha revisado a lo largo de la sección anterior aún no se tiene una concepción clara y bien delimitada de lo que el Trastorno por Déficit de Atención es, por lo que para fines de esta investigación se tomará en cuenta la definición aceptada en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta versión (DSM-IV).

El Trastorno por Déficit de Atención se ubica, de acuerdo al DSM-IV, en los Trastornos de Comportamiento Perturbador, según sus principales manifestaciones se clasifican en tres tipos:

- Ψ *Con predominio de Déficit de Atención.* Este tipo debe diagnosticarse si han persistido por lo menos durante 6 meses, 6 o más síntomas de desatención; pero menos de 6 síntomas de hiperactividad-impulsividad.
- Ψ *Con predominio hiperactivo-impulsivo.* Esta clasificación debe de utilizarse si han persistido por lo menos durante 6 meses 6 o más síntomas de hiperactividad-impulsividad pero menos de 6 síntomas de inatención.
- Ψ *Combinado (con sintomatología de desatención e hiperactividad-impulsividad).* Este tipo debe diagnosticarse si han persistido por lo menos durante 6 meses, 6 o más síntomas de inatención y 6 o más síntomas de hiperactividad-impulsividad.

Actualmente el DSM IV menciona los siguientes criterios para diagnosticar trastorno por déficit de atención con hiperactividad:

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

(1) Inatención.

- a. A menudo falla en prestar adecuada atención a los detalles o comete errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo u otras actividades.
- b. A menudo tiene dificultad para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.
- c. A menudo parece no escuchar lo que se le dice.
- d. A menudo no sigue las instrucciones y falla en acabar las tareas escolares, faenas o deberes en el lugar de trabajo (no debido a oposicionismo o error de comprensión).
- e. A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- f. A menudo evita o le disgusta mucho tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como las tareas escolares o el trabajo en casa).
- g. A menudo pierde cosas necesarias para una tarea o actividad escolar (por ejemplo lápices, libros, utensilios o juguetes).
- h. Fácil distractibilidad por estímulos ajenos a la situación.
- i. A menudo es olvidadizo para las actividades de cada día.

(2). Hiperactividad-impulsividad. Al menos cuatro de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido como mínimo durante seis meses en un grado mal adaptativo e inconsistente con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad.

- j. Inquietud frecuente, que se aprecia por movimientos de manos o pies, o por moverse en el asiento.
- k. Dejar de estar sentado en clase o en otras situaciones en las que se espera que esté sentado.
- l. A menudo corre de un lado a otro o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado (en adolescentes o adultos puede limitarse a sensaciones de inquietud).
- m. Dificultad para jugar o entretenerse en actividades de esparcimiento con tranquilidad.
- n. A menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor.
- o. A menudo habla en exceso.

Impulsividad.

- a. Frecuencia de respuestas precipitadas antes de que se acaben de formular las preguntas.
 - b. A menudo tiene dificultad para esperar en fila o guardar turno en los juegos o situaciones de grupo.
 - c. A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (se entromete en conversaciones o juegos)
- B. Comienzo no después de los 7 años.
- C. Los síntomas deben darse en dos o más situaciones (por ejemplo, en la escuela, en el trabajo y en casa).
- D. La alteración causa deterioro o perturbación clínicamente significativo en el funcionamiento social, académico u ocupacional.
- E. No ocurre exclusivamente en el curso de un trastorno generalizado del desarrollo, de esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explica mejor por un trastorno del humor, un trastorno de ansiedad, un trastorno disociativo, ni un trastorno de personalidad.

En cuanto a sus principales manifestaciones se ha encontrado:

Déficit de atención. Los padres y profesores de los niños con TDAH hablan acerca de que es común observar en ellos el cambio frecuente de una actividad a otra, la aparente dificultad para escuchar, la falta de concentración; entre otras manifestaciones clínicas.

Se han realizado investigaciones en esta área. Una de las dimensiones es la atención selectiva, es decir la capacidad para atender a los estímulos importantes del entorno o de ignorar los estímulos que no son importantes. Con respecto a esto Douglas (1983, citado en Wicks-Nelson, 1997) realizó una investigación en donde encontró que los estímulos irrelevantes sobre todo si son novedosos y llamativos, distraen la atención de los niños cuando las actividades les causan aburrimiento.

Sin embargo esta información no justifica el diagnóstico sólido de una trastorno por déficit de atención selectiva. (Wicks-Nelson, 1997)

Problemas de actividad. Es característico que los niños con TDAH no paren de moverse, sean inquietos, incapaces de estar sentados sin moverse, suelen tener con mucha frecuencia pequeños accidentes.

Wicks-Nelson (1997) describen el movimiento de los niños con TDAH como excesivamente enérgico, desorganizado y carente de objetivos.

Abramson (1940, en Beley, 1980) describe alternancias de propulsión y de lentitud, con sincinesias que organizan la debilidad motriz, dice además que el gesto es disperso.

Greenhill (1991, citado en Wicks-Nelson, 1997) argumenta que el exceso de actividad motora y la inquietud son más probables que se produzcan en situaciones sedentarias o muy estructuradas, como estar sentado en la iglesia o en la clase, que en ambientes relajados con menores demandas externas.

Impulsividad. La impulsividad es una deficiencia en la inhibición de la conducta, manifestada como “actuar sin pensar”. Parece incapaz de refrenarse, de controlar su conducta y de demorar la gratificación.

En nuestros días el Dr. Russell A. Barkley (1998, citado en Bauermeister, 2003) ha postulado que la dificultad para controlar impulsos no permite que diversos procesos psicológicos, llamados **funciones ejecutivas**, puedan operar eficientemente.

Barkley denomina funciones ejecutivas a las actividades mentales complejas necesarias para planificar, organizar, guiar, revisar, regularizar y evaluar el comportamiento necesario para alcanzar metas. Comienzan a desarrollarse a partir de los primeros años de vida y continúan desarrollándose hasta la adolescencia.

En su artículo, Bauermeister y Gelpí (2003) destacan la importancia del control de impulsos en las funciones ejecutivas, menciona entre ellas a la memoria de trabajo y comenta que por medio de esta función una persona retiene la información necesaria para guiar sus acciones ya sea inmediata como mediatamente. Como resultado de la interferencia causada por la impulsividad sobre la memoria de trabajo los niños se muestran distraídos, olvidadizos para hacer las cosas y desorganizados.

Así mismo la impulsividad tiene repercusiones sobre el lenguaje interno (otra función ejecutiva) entorpeciendo la autorregulación de la conducta, la habilidad para seguir reglas, la capacidad para seguir instrucciones cuidadosamente y la habilidad para dar seguimiento a los planes y a las cosas por hacer en el hogar y en la escuela.

Barkley (1988) proporciona información acerca de la habilidad para autorregular las emociones y la motivación, así como la habilidad para solucionar problemas; afirma que en la medida en que la dificultad para controlar los impulsos obstaculiza estas funciones las personas con trastorno por déficit de atención son más propensas a frustrarse, a no controlar bien la expresión de las emociones, a no poder mantener la motivación para hacer diversas tareas en ausencia de recompensas

inmediatas y frecuentes y a tener más dificultad para vencer o buscar alternativas para superar los obstáculos que se presentan (citado en Bauermesiter, 2003).

El proceso diagnóstico es complejo por las ya conocidas características del trastorno por lo que se ha decidido incluir en este apartado los cuadros patológicos con los que se suele hacer un diagnóstico diferencial.

1.3.1 Diagnóstico diferencial.

El DSM-IV establece que para efectuar el diagnóstico diferencial es necesario tomar en cuenta los siguientes parámetros:

- Ψ *Comportamientos propios de la edad en niños activos.* Se debe diferenciar a los niños inquietos y activos, estos niños tienen una actividad elevada y dirigida a metas específicas; en cambio el exceso de actividad en niños con Trastorno por Déficit de Atención es desorganizado y no propositivo. También puede observarse desatención en la escuela cuando niños de elevada inteligencia están situados en ambientes académicamente poco estimulantes.
La diferencia entre la actividad motora y la hiperactividad radica en que esta última se presenta de forma casual, pobremente organizada y sin un objetivo determinado.
- Ψ *Retraso mental.* Cuando ya hay un diagnóstico de retraso mental, se establece un diagnóstico adicional de Trastorno por Déficit de Atención solo si los síntomas de desatención o hiperactividad son excesivos para la edad mental del niño. El diagnóstico de Retraso Mental tal como lo establece el DSM-IV se indicaría en el eje II, y el Trastorno por Déficit de Atención, en el eje I.
- Ψ *Comportamiento negativista.* Los niños con un Trastorno negativista pueden resistirse a realizar tareas laborales o escolares que requieren dedicación personal a causa de su renuencia a aceptar las exigencias de otros, lo que podría confundirse con Trastorno por Déficit de Atención. Por otro lado, algunos niños con Trastorno por Déficit de Atención presentan secundariamente actitudes negativistas hacia dichas tareas como racionalización de sus fracasos.
- Ψ *Otros trastorno mentales.* El déficit de atención con hiperactividad debe diferenciarse de los siguientes trastornos: trastornos del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastornos de la personalidad, cambios de personalidad debido a una enfermedad médica o trastornos relacionados con el abuso de sustancias. En estos trastornos, los síntomas de inatención tienen típicamente un inicio posterior a los siete años de edad y la historia infantil de adaptación escolar no se caracteriza por comportamiento perturbador. Cuando coexiste un trastorno del estado de ánimo o un trastorno de

ansiedad con un Trastorno por Déficit de Atención, debe diagnosticarse cada uno de ellos.

Por otro lado Wicks-Nelson, (1997) recomiendan los siguientes pasos para establecer un buen diagnóstico diferencial:

- ♣ *Determinar si la actividad motora excesiva es efectivamente inapropiada para su edad.* Una de las formas de determinar si la conducta del niño es inapropiada, es a través de la realización cuidadosa de la historia del desarrollo, en busca de evidencia que apoye la cronicidad y persistencia de los síntomas. Los datos de observación en la escuela son esenciales, pues generalmente en este ambiente tan estructurado en donde la hiperactividad se hace más evidente.
- ♣ *Valorar si estas conductas son un reflejo de ansiedad y/o depresión.* La depresión puede causar también hiperactividad a pesar de que la depresión comúnmente se manifiesta por retraimiento, silencio, aislamiento y dificultad para concentrarse, en los niños es frecuente la depresión enmascarada que se puede mostrar a través de irritabilidad y berrinches.

Si hay evidencia de problemas emocionales, se deben diferenciar aquellos problemas emocionales que causan dificultad para atender, hiperactividad y bajo rendimiento académico, de los que son una consecuencia de los fracasos y frustraciones que el niño experimenta debido a que tiene Trastorno por Déficit de Atención.

1.3.1.1 Trastorno por Déficit de Atención y Problemas de Aprendizaje.

El DSM-IV refiere que con frecuencia, el rendimiento académico está afectado y devaluado, lo que conduce típicamente 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, especialmente a causa de la variabilidad de las características sintomáticas, lo que facilita la creencia de que todo el comportamiento anómalo es voluntario. Los sujetos con Trastorno por Déficit de Atención pueden alcanzar niveles académicos inferiores a los obtenidos por sus compañeros y conseguir rendimientos laborales inferiores aunque su capacidad intelectual esté en la norma o por arriba de ella (Gratch, 2000)

El bajo rendimiento académico, que es la característica principal de los Problemas de Aprendizaje no puede ser un factor de diferenciación entre el Trastorno por Déficit de Atención y las Dificultades de Aprendizaje.

Según August y Garfinkel (1990, Gratch, 2000) el que un niño presente las características de Trastorno por Déficit de Atención y Problemas de Aprendizaje tiene tres posibles explicaciones:

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

Estos mismos autores realizaron una investigación para evaluar los diferentes aspectos de la ejecución cognoscitiva de niños normales, con Trastorno por Déficit de Atención, con problemas de lectura y con Trastorno por déficit de Atención y Problemas de Lectura. Encontraron que estos últimos mostraban dos tipos diferentes de Déficits cognoscitivos: uno similar al que presentaban los niños con Trastorno por Déficit de Atención puro, relacionado con deficiencias en el procesamiento que requiere del empleo deliberado de estrategias de Aprendizaje y de una mayor capacidad de Atención, por ejemplo, memorizar. La otra área de Déficit fue similar a la que comúnmente se reporta en los niños con problemas de lectura, es decir, en los procesos automáticos que se requieren para nombrar objetos, letras o bien, llevar a cabo cálculos sencillos. Debido a estos resultados los autores concluyen que ambos trastornos tienen su origen en diferentes problemas cognoscitivos y que la coexistencia de ambos desórdenes en un individuo incrementa en forma acumulativa sus problemas funcionales.

Miranda, Jesús y Roselló (en González, 2000) describen que los beneficios en lectura y aprendizaje que se producen en estudiantes con Trastornos Atencionales tras un tratamiento con estimulantes se deben sobretodo a una mejora generalizada de la atención y cuando el Trastorno por Déficit de Atención y Trastornos de Aprendizaje aparecen asociados son necesarios tratamientos combinados con intervenciones específicas para cada ámbito. Es decir, mientras que los problemas generales de rendimiento escolar que plantean la mayoría de los niños con Trastorno por Déficit de Atención deberían ser abordados con intervenciones dirigidas a mejorar la impulsividad, la atención, y la organización conductual, la presencia de problemas específicos de aprendizaje requerirá programas psicopedagógicos concretos.

Datos procedentes de estudios empíricos señalan que un 21.4% de estudiantes con un Trastorno por Déficit de la Atención de 4° a 5° grado asisten a aulas de educación especial, un 42.4% ha repetido ya uno o más cursos, el 48% experimenta en esos momentos problemas en su rendimiento y el 81.6% necesita ayuda diariamente para hacer sus deberes escolares (González, 2000).

1.3.1.2 Trastorno por déficit de Atención y Problemas de Conducta.

Las conductas hiperactivas están estrechamente correlacionadas con problemas de conducta y aunque específicamente las conductas agresivas no se encuentran dentro de los criterios diagnósticos sí se asocia con las características del mismo.

Bodan (2001) realizó una investigación en donde relacionó la expresión de agresividad con el diagnóstico de TDAH y dificultades de aprendizaje, TDAH solo y un grupo control. Sus resultados mostraron diferencias estadísticamente no significativas entre los grupos con diagnóstico, pero sí entre los dos grupos diagnosticados y el grupo control, siendo mayor la expresión de agresividad para los niños con diagnóstico.

Existen estudios que muestran la diferencia entre el Trastorno por Déficit de Atención y los Problemas de conducta (Hinshaw, 1987, en González, 2000):

Trastorno por déficit de Atención	Trastorno de Conducta
1. Inquietud excesiva.	1. Peleas
2. Incapacidad para centrar la atención.	2. Agresión.
3. Desinhibición social.	3. Robo.
4. Desórdenes de la articulación.	4. Familias compuestas por uno o dos padrastros.
5. Falta de una respuesta emocional durante la evaluación.	5. Conducta antisocial.
6. Síntomas perdurables por períodos largos.	6. Desórdenes emocionales.
7. Respuesta inicial a los estimulantes.	7. Interacción familiar negativa.

Uno de los trastornos que más se ha asociado es el Trastorno negativista desafiante, sin embargo, González (2000) dice que en la mayoría de los casos los comportamientos oposicionistas aparecen después de las manifestaciones de hiperactividad, es decir, se desarrollan con el tiempo

como resultado de las especiales circunstancias que se dan en sus interacciones con el ambiente y están provocados por su incapacidad para obedecer en lugar de deberse a una oposición planificada.

Comenta también que el niño con Trastorno de conducta serio es destructivo y agresivo conscientemente y se implica en actividades que pueden causar daño a otras personas para obtener un beneficio personal; mientras que por ejemplo, en niños con trastorno por déficit de Atención suelen encontrarse algunos criterios diagnósticos de un problema de comportamiento, como las mentiras, las pelotas físicas pero que esencialmente no tienen un carácter propositivo y planificado.

Gratch (2000) opina que muchos niños con déficit de Atención que no son diagnosticados oportunamente y por lo tanto no llevan un tratamiento, evolucionan a niños con trastorno oposicionista desafiante y terminan con un trastorno disocial.

1.4 Prevalencia.

Wicks-Nelson (1997) habla acerca de que la edad de prevalencia del trastorno se encuentra alrededor de un 3 a 5% en edad escolar y que se presenta en una proporción de 4 a 9 niños por una niña.

En 1993 Portal (en Gratch, 2000) al realizar una investigación en una población rural del Estado de México, encontraron que la prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención en niños de 2° a 4° grado de primaria era del 21.7% al hacer el diagnóstico según los criterios del DSM-III-R y del 6.8% al utilizar un cuestionario para maestros (ACTeRS). La incidencia fue mayor en los varones en una proporción de tres varones por cada niña. Los autores señalan que las diferencias obtenidas se debían a que el DSM-III-R tendía a hacer diagnósticos falsos positivos, y que los resultados obtenidos con la escala arrojó datos más precisos en cuanto a la incidencia de ese trastorno.

1.5 Evolución y Pronóstico.

Se han manejado algunas hipótesis acerca de la mejoría que cursan los pacientes con TDAH, hasta hace dos décadas se consideraba que su completa remisión se lograba en la adolescencia, con la maduración y el desarrollo del sistema nervioso central. Sin embargo se ha comprobado que el TDAH (Gómez-García y Garófalo-Gómez, 2003) persiste no solo en la adolescencia sino a lo largo de la vida.

Entre el 50 y el 80% de los niños con TDAH sigue mostrando problemas en la adolescencia (Fisher et al., 1993, en Wicks-Nelson, 1997). Los problemas centrales del TDAH, especialmente la hiperactividad, podría disminuir en un gran número de casos. No obstante, incluso para estos individuos,

existen otros problemas: un mal rendimiento escolar, problemas de conducta, comportamientos antisociales, abuso de sustancias, problemas sociales, baja autoestima y problemas emocionales (Fisher et al., 1993, Slomkowski, Klein y Mannuza, 1995, en Wicks-Nelson, 1997).

Los estudios que han realizado un seguimiento hasta la edad adulta de niños con TDAH indican que una proporción sustancial del 50 al 60% todavía manifiesta los problemas del trastorno y/o un deterioro en las relaciones sociales, depresión, baja autoestima, conductas antisociales, consumo de drogas y una situación de desventaja escolar y laboral. (Barkley, 1990; Manuzza et al.; 1993; Weiss y Hetchman, 1986, en Wicks-Nelson, 1997)

1.5.1 Incidencias de las etapas evolutivas en el Trastorno por Déficit de Atención.

Primera infancia.

Las primeras perturbaciones de los pequeños durante la primera infancia son las alteraciones del sueño (mayor tiempo en el período de vigilia, constantes movimientos mientras duerme) y los períodos de alimentación son breves y constantes (Gratch, 2000).

Douglas (1985, citado en González, 2000) dice que durante esta etapa los bebés tienen un temperamento difícil, que no se adaptan con facilidad a las situaciones nuevas, plantean problemas en la crianza cuando se alteran las rutinas, frecuentemente están malhumorados y excesivamente activos y reaccionan desproporcionadamente a los eventos ambientales. El temperamento difícil típico de los bebés con Trastorno por Déficit de Atención afecta de manera negativa, a la interacción de los padres con el hijo y provoca en ellos sentimientos de culpa o de rechazo, que suelen expresar mediante estrategias educativas extremadamente impositivas o en exceso permisivas.

Etapa de educación infantil.

Se sabe que despliegan un juego más inmaduro, funcional o sensoriomotor – en el que destacan los movimientos musculares repetitivos, con o sin objetos –, y menos social, simbólico y constructivo, haciendo un uso monótono y estereotipado de los materiales para jugar. Socialmente se relacionan poco con los compañeros de clase y pasan un tiempo considerable mirando los objetos de la clase. (González, 2000)

Ya en la escuela se comienzan a manifestar problemas en cuanto al seguimiento de instrucciones, así como también en la capacidad para

integrarse a las actividades grupales. Son comunes las explosiones de agresividad entre compañeros por la necesidad imperiosa de satisfacción inmediata. (Gratch, 2000)

Etapa de educación primaria.

A medida que los niños con Déficit de Atención se hacen mayores, se incrementan las repercusiones negativas asociadas con el Trastorno en áreas del funcionamiento académico y conductual.

Las reacciones agresivas que se empezaron a manifestar en años anteriores resultan ahora en problemas sociales pues los niños se ven relegados de las actividades en grupo

A veces muestran signos de depresión y su autoestima se presenta fuertemente dañada, esto se debe a los crónicos fracasos intelectuales y a sus bajos rendimientos escolares. La escuela deja de ser un ámbito de placer para transformarse en un lugar en el que reciben críticas y el sitio en donde se ponen a prueba sus máximas capacidades de adaptación. Quieren dejar de acudir a ella (Gratch, 2000).

Etapa de la adolescencia.

Los jóvenes hiperactivos tienen un nivel mucho más bajo en habilidades de deletreo, aritmética y de comprensión de lectura que los jóvenes normales, lo cual explicaría el mayor número de suspensiones, de repetición de cursos o y de abandono de los estudios que suele producirse en los sujetos con Trastorno por Déficit de Atención, además de un bajo rendimiento académico, manifestando un funcionamiento adaptativo, social y emocional más pobre (Wilson y Marcotte, 1996, citados en Miranda, Presentación y Roselló, 2000). A los 14 años es significativamente elevado el número de sujetos hiperactivos que han tenido problemas con la justicia y que han sido expulsados de la escuela en más de una ocasión. Si la ocurrencia de conductas antisociales en general se sitúa alrededor del 3 al 4%, estos índices se incrementan considerablemente en relación a los adolescentes hiperactivos, con porcentajes que se aproximan en algunos estudios al 60 % (Satterfield, 1982, citados en Miranda, Presentación y Roselló, 2000). En el ámbito deportivo es muy improbable que se mantengan en algún equipo, no exclusivamente por una escasa habilidad sino porque no dedican el tiempo suficiente a los entrenamientos y les cuesta cumplir las normativas de disciplina que se exigen.

Puesto que el autoconcepto en este período evolutivo depende en gran manera de los logros, una proporción importante de hiperactivos no tienen confianza en sí mismos y experimentan sentimientos de indefensión y síntomas depresivos (González, 2000).

Etapa de la vida adulta.

Se dice que en esta etapa el individuo con TDAH tiene dificultad para distribuir y gastar el dinero, organizan deficientemente las tareas domésticas, tienen menos habilidad como padres para manejar las actividades de sus hijos, muestran una capacidad deficiente para desarrollar un trabajo independiente y progresan en los estatus educativo y ocupacional significativamente más despacio (Miranda, Presentación y Roselló, 2000).

Los adultos diagnosticados como hiperactivos en la infancia muestran deficiencias en el procesamiento de la información relacionadas con el área motora, hallazgos que sugieren una implicación continuada del estilo de procesamiento de la información en el adulto con trastorno por Déficit de Atención (Fitzpatrick, et al, 1988, citados en Miranda, Presentación y Roselló, 2000).

Se tiene constancia de que las mujeres que sufren este trastorno tienden a tener un porcentaje superior de embarazos en la adolescencia y de abuso de sustancias al encontrado en otras mujeres, y que es mucho más probable que se enfrenten a la crianza de sus hijos de una manera inconsciente y despreocupada (Arnold, 1996, citado en Miranda, Presentación y Roselló, 2000).

1.6 Evaluación del Trastorno.

Es necesario que por la complejidad del trastorno y por todos los cambios que se han suscitado alrededor de los criterios diagnósticos se cuente con una serie de herramientas que permitan realizar un diagnóstico válido.

Verduzco (1997) hace hincapié en la evaluación del niño con Trastorno por Déficit de Atención y recomienda tomar en cuenta los siguientes parámetros para hacerla:

- 📖 *Medir lo síntomas principales* (inatención, impulsividad e hiperactividad) de tal manera que se puedan comparar con datos normativos para así poder establecer que estos representan una desviación de lo esperado para la etapa del desarrollo del niño.
- 📖 *Evaluar en forma exhaustiva* la posible presencia de otras psicopatologías que coexistan con el Trastorno.
- 📖 *Incluir diferentes fuentes de información* para abarcar los distintos ambientes en los que el niño se desenvuelve.
- 📖 *Utilizar métodos de evaluación sensibles* para un margen amplio de edad.

Se consultaron varias obras en las que se observó la insistencia por parte de los autores de recopilar el mayor grado de información haciendo uso de una serie de herramientas para así poder establecer un diagnóstico más confiable; entre las herramientas que se sugieren se encuentran:

1. *Entrevista*. Es natural tener como primera fuente de información a los padres del menor, se recomienda indagar sobre interacciones específicas entre los padres y el niño, no solo para el diagnóstico si no para planear el tratamiento. Así mismo se recomienda también entrevistar al paciente, sobre todo si este es adolescente pues puede dar mayor información acerca de su propio funcionamiento, de la dinámica de su familia, del rendimiento escolar, de las relaciones con los iguales, etc (Wicks-Nelson, 1997).
2. *Historia clínica*. Se busca información concerniente a todo tipo de problemas que la familia ha experimentado, los métodos empleados para educar, signos tempranos de las características de la conducta del niño, y todo tipo de eventos en la vida del menor que hayan sido representativos. En base a la historia se puede conocer la duración de los problemas de inatención, impulsividad e hiperactividad (Pini, 2000, en Senties, 2003).
3. *Exploración o evaluación psicológica*. La entrevista y la evaluación con el Psicólogo reviste de gran importancia. Por un lado los datos que aporta la inspección general pueden ser útiles, por otro lado, se obtendrán datos sobre la percepción, procesos del pensamiento, la verbalización y el lenguaje, coeficiente intelectual y emociones. Esta información se obtiene a través de una evaluación psicológica que incluya una batería de pruebas psicométricas.
En cualquier evaluación aplicada al niño con Trastorno por Déficit de Atención, no se puede garantizar la autenticidad de los resultados obtenidos. Una evaluación requiere el seguimiento de instrucciones, atención, constancia y analizar la pregunta primero, antes de elegir una respuesta. El niño con este desorden, al carecer de los recurrentes básicos citados, para realizar la evaluación, presentará un coeficiente intelectual por debajo del promedio general, en una prueba de inteligencia por ejemplo (Pini, 2000, en Senties, 2003; Gratch, 2000; Beley, 1980).
4. *Escalas de calificación de conductas*. Estas listas de chequeo ayudan a tener una visión acerca de los problemas de adaptación ocasionados por el trastorno, son de gran ayuda para conocer la forma en que el niño se desenvuelve fuera de la casa, entre ellas se pueden encontrar:
 - a) Child Behavior Checklist.
 - b) Parent Rating Scale de Connors.
 - c) Werry-Weiss-Peters Activity Rating Scale.

d) Home Situations Questionnaire y el School Situations Questionnaire (Wicks-Nelson, 1997).

5. *Observaciones directas.* La observación se ha centrado en el funcionamiento interpersonal y en el colegio. En el hogar resulta importante la obediencia y los patrones de estímulo-consecuencia. En el colegio es igualmente importante la interacción social, junto con conductas como estar fuera de sitio, de agresión, perturbadoras o de desatención (Wicks-Nelson, 1997; Beley, 1980).
6. *Evaluación biológica.* Incluye el historial médico / evolutivo, una revisión médica que suponga un examen neurológico y en algunos casos un EEG o un escáner cerebral, sobre todo en los casos en los que existan antecedentes de importancia (Pini, 2000, en Senties, 2003; Gratch, 2000).

Sea cuales quiera los elementos que se tomen para realizar la evaluación de los niños con Trastorno por Déficit de Atención se debe tomar en cuenta que se deben de tomar diferentes métodos de evaluación para poder hacer un diagnóstico válido que se encamine hacia el apoyo del paciente y desde luego de la familia.

1.7 Tratamiento

No existe cura para el Trastorno por Déficit de Atención, de ahí que los tratamientos se enfoquen a reducir la presencia de los síntomas.

Hasta el momento las intervenciones que han resultado ser efectivas son:

1.7.1 Tratamiento farmacológico.

Para Herranz (2004) cuando se ha identificado de manera indudable el TDAH, se programa un tratamiento multidisciplinario para el niño, tratamiento que debe ser absolutamente individualizado, porque se elabora específicamente para cada niño. El tratamiento se integra por un manejo psicológico que en todos los casos, debe incluir al niño y a sus padres, información a los familiares, al profesorado y al propio niño; apoyos psicopedagógicos para intentar contrarrestar el fracaso escolar, tratamiento farmacológico que solo debe indicarse en los niños con TDAH cuya intensidad repercute negativamente en el aprendizaje escolar, en las relaciones sociales y/o en la conducta.

Los objetivos del tratamiento farmacológico son: promover y facilitar el aprendizaje escolar, reducir las conductas hiperactivas, favorecer la relación social, mejorar la autoestima, tratar los problemas coexistentes, mitigar el estrés familiar.

El tratamiento farmacológico, se administra siempre de manera individualizada, se pueden utilizar psicoestimulantes, antidepresivos o clonidina.

Los psicoestimulantes son, habitualmente, los fármacos de elección, porque reducen el umbral de los sistemas de alerta y facilitan y agilizan las respuestas, efectos que se producen por diversos mecanismos de acción: liberación de catecolaminas, bloqueo de la recaptación de dopamina y de noradrenalina, inhibición de la monoamino-oxidasa, activación directa de los receptores noradrenérgicos y dopaminérgicos, activación del sistema reticular activador ascendente y estimulación de los circuitos de premio.

Hay tres tipos de psicoestimulantes: 1) anfetamínicos (anfetamina); 2) anfetamínicos (metilfenidato); 3) xánticos (cafeína). El metilfenidato es, habitualmente, el primer fármaco que se aconseja a todos los niños con TDAH en los que se considera necesario el tratamiento farmacológico. Una vez concretada la dosis, se mantiene durante varios meses, habitualmente durante todo ese curso escolar, con controles mensuales, en los que los padres informan sobre la eficacia y tolerabilidad del fármaco, en base a sus propias observaciones y a la obtenida de los profesores. Además, cada 3-6 meses se deben realizar controles clínicos en los que se valoran la talla, el peso, la tensión arterial, la presencia de tics, etc.

El metilfenidato es eficaz en 75% de casos. Cuando el fármaco no es eficaz debe valorarse si se incumple con el tratamiento, si la dosis de metilfenidato es inadecuada, si el diagnóstico de TDAH es incorrecto, o si existen conductas acompañantes que no responden o que empeoran con el metilfenidato.

Si la ineficacia del metilfenidato es real, se puede recurrir a fármacos antidepresivos como segunda opción terapéutica, que en realidad son la primera alternativa en los niños con TDAH y tics o depresión, o en los adolescentes con riesgo de drogadicción. El fármaco más experimentado es la imipramina.

La tercera opción farmacológica es la clonidina.

Dosreis (2000) realizó una investigación en donde relacionó variables geográficas, clínicas y culturales con respecto al tratamiento médico otorgado a escolares. Ella encontró que los niños que reciben atención por la Organización de Mantenimiento de la Salud tienen una probabilidad 4 veces más alta de ser diagnosticados con TDAH erróneamente en comparación con los niños que reciben atención en Medicaid, en la misma zona geográfica; en cuanto a la posición que asumen los padres respecto de la medicación; los padres caucásicos se muestran más satisfechos con el tratamiento médico y asumen actitudes positivas hacia él, mientras que

los padres no caucásicos son más reservados hacia el tratamiento médico y creen que la medicación estimulante puede favorecer el abuso de sustancias en sus hijos.

Ambos grupos de padres tienen falsas expectativas en relación a la mejoría académica, en la autoestima y en las relaciones sociales causadas por el medicamento.

Hechtman (2004) investigó el efecto del tratamiento médico con metilfenidato y un tratamiento psicosocial que incluía (orientación académica, entrenamiento en habilidades de organización y psicoterapia orientada hacia la orientación a padres y el entrenamiento en habilidades sociales en niños de 7 a 9 años), sus resultados no mostraron diferencias en el status emocional y académico de los niños que fueron intervenidos con el tratamiento psicosocial y metilfenidato, pero sí en los grupos que fueron intervenidos con tratamiento médico, en un rango de 2 años.

Las posiciones asumidas en relación al tratamiento farmacológico son variables y como se acaba de ver las percepciones de evolución son también cambiantes, razón de más para buscar siempre un tratamiento multidisciplinario que permita abordar el problema de una forma más integral.

1.7.2 Tratamiento Psicoterapéutico.

La medicación por sí misma no suele satisfacer las necesidades terapéuticas con niños TDAH y frecuentemente es una faceta más dentro de un régimen multimodal. Pueden ser necesarias la psicoterapia individual, la modificación de conducta, la atención psicológica de los padres, y el tratamiento de cualquier trastorno del aprendizaje colateral.

Gratch (2000) recomienda la terapia individual como tratamiento a las alteraciones del carácter que este trastorno produce; las dificultades en la convivencia con otros, los riesgos que suponen la vida de una persona, la impulsividad y el daño de la autoestima debido al reiterado fracaso en la consecución de los logros que se propuso.

La consecuencia emocional inevitable en estos casos es un daño crónico en la autoestima, que suele conducir con mucha frecuencia a estructuras caracterológicas con un narcisismo frecuentemente dañado, o su opuesto maniaco, como manera de negar en forma omnipotente los sentimientos de minusvalía y fracaso.

Estas personas, que en un temprano período de sus vidas, apenas nacidos, pudieron llegar a sentir que lograban satisfacer narcisísticamente a sus padres, comienzan a estar sometidas a constantes críticas por parte

de ellos o por parte de distintas figuras significativas, experimentando la desagradable sensación de reunir toda la clase de defectos de la personalidad.

La psicoterapia es el ámbito en el cual el sujeto puede hacer consciente estos conflictos, y es por lo tanto la indicación específica para abordar y resolver los trastornos de conducta y de la autoestima secundarios al Déficit de Atención.

Un requisito casi universal de la terapia es ayudar a los padres a comprender que la permisividad sobre las dificultades para asumir responsabilidades no ayuda a sus hijos. Deben entender que, a pesar de las deficiencias concretas de sus hijos en algunas áreas, se trata de que hagan frente a tareas propias de la maduración, entre las que se incluye la necesidad de adquirir responsabilidad sobre los actos individuales.

Por ello, los niños con TDAH no se benefician de verse eximidos de responsabilidades, expectativas, y planes que se aplican a otros niños. Y la formación de los padres es parte integral de las intervenciones psicoterapéuticas aplicables al TDAH. La base de la mayoría de los entrenamientos parentales es ayudar a los padres a desarrollar intervenciones conductuales que tengan un refuerzo positivo y estén dirigidas hacia comportamientos sociales y académicos.

La terapia de grupo incide en el refinamiento de las habilidades sociales, así como el incremento de la autoestima y la sensación de éxito que puede resultar muy útil para los niños con TDAH que tengan grandes dificultades para el funcionamiento en entornos grupales, especialmente en el colegio.

Beley (1980) aborda a la inestabilidad como un problema social de su tiempo y describe un panorama que tristemente no cambia y es aún actual para un país como el de nosotros y que de alguna u otra forma puede repercutir como él mismo lo menciona en la aparición del trastorno: “En el equilibrio artificial e inestable de un país que se esfuerza por situarse por encima de su condición, aceptando depender de fluctuaciones extranjeras de las que espera su subsistencia, todo concurre inevitable y fatalmente, a favorecer la inestabilidad familiar: irregularidad de trabajo, inseguridad de los salarios..., inseguridad de la moneda..., separación obligada del padre, cuya ausencia es perjudicial en la educación del niño, frecuentes cambios de residencia que producen variaciones de cuadros y desinterés por la nueva escuela; dificultades cada vez más grandes para encontrar aprendizajes organizados y procurarse la especialización profesional, base esencial de la estabilidad psíquica y de la regularidad del comportamiento”. (p. 162)

Capítulo 2.

Autoestima y Autoconcepto.

2.1 Antecedentes de los conceptos de Autoestima y Autoconcepto.

Se reconocen tres aspectos básicos de la personalidad: el cognitivo (pensamientos), el afectivo (sentimientos) y el conativo (comportamientos); que de considerarlos individualmente, quizás podrían identificarse de la siguiente manera: el primer factor como autoconcepto propiamente dicho, el segundo como autoestima y el tercero como autoeficacia (Ramírez y Herrera, 2004).

Antiguamente el estudio de la personalidad se enmarcaba dentro de la filosofía y la religión; la decisión acerca del yo se centraba en conceptos metafísicos como el alma, el espíritu, la voluntad, etc.

William James (1890) elaboró una forma más convincente de distinguir entre sujeto-objeto y le dio al autoconcepto un tratamiento más profundo que cualquiera de sus predecesores. Su idea clave fue la categorización del yo global en dos aspectos: El "mí", para la persona empírica, y el "yo", para el pensamiento evaluativo, considerando el yo global como la simultaneidad de ambos. También fue uno de los precursores en abordar el tema de la autoestima. Para él, las aspiraciones humanas y los valores tienen un rol esencial ya que dice que nuestros logros son medidos en comparación a nuestras aspiraciones en cualquier área del comportamiento. Si los logros se aproximan o llegan a las aspiraciones en un área valorada, el resultado es una alta autoestima; si hay mucha divergencia, entonces nos vemos a nosotros mismos muy pobremente (Verduzco, 1992).

La ingeniosa fórmula de James (en Ramírez y Herrera, 2004) dio una pauta a seguir:

$$\text{Autoestima} = \text{Éxito} / \text{Pretensiones}$$

El logro es medido contra la aspiración en áreas de valor que asumen particular importancia, pero también cree que los hombres llegan a tener un sentido de su valía general empleando indicadores comunes de éxito y fracaso.

Una fuente de autoestima es el valor puesto en las extensiones del self que son los constituyentes materiales del self o sea de sus pertenencias, las cuales también provocan ciertas emociones.

Propone también un self social que es el reconocimiento que obtiene de sus compañeros.

Tiempo después Watson, Thorndike, Hull y Skinner, representantes de la teoría conductista, enfatizaron el empleo del Método Científico; promovieron técnicas de investigación rigurosas exclusivamente para medir aspectos observables y cuantificables de la conducta. Este dogma rígido colocó al estudio del autoconcepto y la autoestima bajo una considerable opresión, puesto que los constructos autorreferentes implican necesariamente una focalización central en la experiencia interna, en la interpretación subjetiva y en el autoinforme, lo que supuso el abandono momentáneo del interés por esta temática, si bien hubo un período de transición con la apertura de Hull y Tolman (Ramírez y Herrera, 2004).

Con el transcurrir del tiempo los partidarios del conductismo se hicieron más flexibles y diversos tipos de orientaciones pudieron tomar lugar dentro del campo de la Psicología.

Así, Rogers, uno de los más importantes teóricos de la postura humanista elaboró una teoría acerca del sí mismo en donde opina que la autorealización es una cualidad innata que opera para hacer avanzar a todos los seres vivientes, se encuentra dentro de nuestro material genético. Hacia ella se avanza para perfeccionar y mantener el sí mismo. Es el potencial de crecimiento dentro de toda persona que constantemente busca expresión. La autorrealización es la fuerza energizadora de la vida. Además habló acerca de la consideración positiva (ser visto en términos positivos por otros) como una necesidad cuya satisfacción reside en la aprobación de otros. Para lograr esto, el niño debe satisfacer ciertas condiciones determinadas por la familia. Éstas son condiciones de valía que establecen la base sobre la cual se proporcionarán aprobación, atención y recompensas. Al satisfacer estas condiciones, el niño incrementa la posibilidad de que se aumente su autoestima. En una familia estas condiciones pueden relacionarse con buenas calificaciones; en otra puede implicar esfuerzos atléticos. El peligro de la búsqueda demasiado ávida de estas condiciones es que se bloquearán segmentos completos de experiencia y se disminuirá el potencial para el crecimiento y

para la autorrealización (Phares, 1996).

Cuando se está en una situación en la que el amor y la aceptación están relacionados, no puede lograrse la realización total. Lo que se requiere es una consideración incondicional positiva –amor y aceptación completos- , libres de las trabas de cualquier condición. En esta atmósfera de aceptación se expresa lo mejor de la persona y la autorrealización puede volverse algo más cercano a la realidad.

Kohut (en Phares, 1996) también formuló una teoría acerca del sí mismo pero con bases psicodinámicas, para este autor la tarea central en el desarrollo, es la formación de un sentido integral de sí mismo. Esto permite que la vida tenga un sentido una dirección y significado; argumenta que los niños no buscan tanto la gratificación a su necesidad psicosexual como el reconocimiento, aprobación y admiración, especialmente de la madre.

De esta manera podemos observar como la visión teórica de los conceptos que ocupan esta investigación (autoconcepto y autoestima) ha evolucionado desde la simple introspección y evaluación de la misma hasta aspectos que involucran la participación en grupos, en donde siempre destaca el grupo primario –la familia-.

2.2 Definición de los conceptos de Autoestima y Autoconcepto.

Los términos autoconcepto y autoestima son empleados a menudo como sinónimos, aunque ha de señalarse que en el segundo se incluye la valoración que el sujeto hace sobre ciertas características pertenecientes a sí mismo. Mientras que por autoconcepto se hace referencia a los conocimientos y actitudes que cada uno tenemos de y hacia nosotros mismos. Suelen emplearse diferentes palabras para designar aspectos de esta misma realidad. Así, junto a autoconcepto aparecen nombres como self, autoimagen, imagen de sí, consideración positiva, etc.

La autoestima es el concepto que tenemos de nuestra valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo durante nuestra vida; creemos que somos torpes o inteligentes; nos sentimos simpáticos o antipáticos; nos gusta o no nuestra forma de ser. Los millares de impresiones, evaluaciones y experiencias así reunidos se conjuntan en un sentimiento positivo hacia nosotros mismos o, por el contrario, en un molesto sentimiento de no ser lo que esperábamos (García, 1989).

Ledesma y Pan (2002) retoman la definición de Baumisteir (1997) para quien la autoestima es el concepto favorable que una persona tiene de sí misma.

Edward, Sarafino y Armstrong (1995, citados en Ledesma y Pan, 2002) definen a la autoestima como una evaluación personal, tomando en cuenta los méritos o cualidades de las personas y los valores de la sociedad.

Alcántara (1990, citado en Ledesma y Pan, 2002) comprende a la autoestima como una actitud hacia uno mismo, entendiendo por actitud una predisposición que incluye procesos cognoscitivos y afectivos, es relativamente estable e involucra a todos los ámbitos o dimensiones del sujeto.

Para Madrazo (1998, citada en Ledesma y Pan, 2002) es la función de evaluarse a una mismo, implicando tanto un juicio de valor como del afecto que le acompaña. Se ve afectada por experiencias en el mundo externo que posteriormente son llevadas al mundo interno.

Por otra parte Cohen's (1969, citado en Hernández, 2001) considera a la autoestima como el resultado de las experiencias individuales, de éxitos y fracasos, en donde las experiencias empiezan a ser comparadas con las aspiraciones individuales.

Pérez Mitre (1981, citado en Espinosa, 2000) indica que la autoestima es el fenómeno o efecto que se traduce en conceptos, imágenes y juicios de valor referidos al sí mismo; se entiende como un proceso psicológico cuyo contenido se encuentran socialmente determinado. En este sentido se dice que la autoestima es un fenómeno psicológico y social.

Cameron (1982, citado en Espinosa, 2000) define a la autoestima como autoimagen y sostiene que es el resultado de las representaciones centrales del self y se modifica a partir de los cambios personales en la realidad externa.

Bronet y Brusa (2004) la defien como juicio de valor acompañado de un sentimiento que se compondría de:

1. Conocerse (autoimagen).
2. Aceptarse o rechazarse (autoaceptación).
3. Quererse o no (autovaloración).
4. Evaluación de los otros.

Comentan sin embargo que estas definiciones no incluyen el respeto y cariño hacia si mismo y hacia los demás, algo que es inherente a personas con buena autoestima. Entonces terminan por enunciar una definición

más completa: La conciencia de la propia valía y asunción de la propia responsabilidad hacia nosotros mismos y hacia los demás.

Para Hornstein (2000) la autoestima es un residuo del narcisismo infantil y de las realizaciones acordes al ideal. Un compuesto sostenido en mayor o menor grado por las relaciones objetales y sus repercusiones narcisistas. Es tributario de una historia (libidinal e identificatoria), de los logros, de la configuración de vínculos, así como de los proyectos que desde el futuro indican una trayectoria por recorrer. Añade además que en ciertas problemáticas narcisistas, predomina la vulnerabilidad de la autoestima, y las personas se tornan especialmente sensibles a los fracasos y desilusiones. Se centran en sí mismas, tienen fantasías grandiosas y dependen mucho del reconocimiento y admiración de los otros.

Continúa explicando que lo importante es la función que el otro desempeña en las fluctuaciones de la autoestima: porque si la labilidad es escasa las autocríticas no implican un cuestionamiento global del yo.

Coopersmith considera que la autoestima es la evaluación que el individuo hace, y constantemente mantiene en relación a sí mismo; expresa una actitud de aprobación o de rechazo e indica el grado en el cual el individuo se siente capaz, significativo, exitoso y valioso. Es un juicio individual que un individuo comunica a otros a través de reportes verbales y otros comportamientos.

En cuanto a las definiciones de autoconcepto existen coincidencias y variaciones entre los diferentes autores.

Rogers (1950, citado en Hernández, 2001) afirma que el autoconcepto es una configuración organizada de percepciones de sí mismo y que es parcialmente conciente; está compuesto por percepciones de las propias habilidades en relación con otros y el ambiente, también se relaciona con los valores, experiencia y fantasías que se persiguen.

Para Sullivan (1953) el “yo mismo” emerge de la interacción social. Sin embargo, a diferencia de otros autores, este autor hizo énfasis en la interacción del niño con personas importantes, particularmente la figura materna, más que con la sociedad como un todo. Él identificó la autoestima como una organización de experiencia educativa llamada ser, por la necesidad de evitar o minimizar accidentes de ansiedad”. Al elaborar esto, él notó que el niño internaliza esos valores y prohibiciones que facilitan el logro de satisfacción en formas que son aprobadas por las otras personas importantes. Los subsistemas de aprobación o desaprobación son organizados dentro de un marco de trabajo de “Yo el bueno” y “Yo el malo”; esto implica la necesidad de eliminar efectos desagradables, y es la función principal de la autoestima.

Fitts (1965, en Hernández, 2001) identifica como autoconcepto al aspecto positivo del sí mismo o sea, el criterio que una persona tiene de ella misma. Establece que existen tres componentes:

- El Perceptual. Es la forma como se percibe cada persona.
- El Conceptual. Son los conceptos que la propia persona tiene de sus características.
- Las Actitudes. Son los sentimientos de sí mismo.

Posteriormente completa su concepción y para 1971 considera que la percepción que una persona tiene de sí misma es multidimensional, donde los factores interactúan dinámicamente de tal forma que si uno de ellos se encuentra alterado, los otros serán afectados en forma indirecta. Es por ello que es importante conocer como se encuentra cada uno de los factores: Yo físico, Yo ético-moral, Yo social, Yo familiar y Yo personal. Según Fitts la imagen que un individuo tiene de sí mismo es de gran influencia en su comportamiento y está directamente relacionado con su personalidad y con el estado de salud mental.

Rosenberg (1979) supone la totalidad de los pensamientos y sentimientos que hacen referencia al sí mismo como objeto (Ramírez y Herrera, 2004).

Wylie (1979) opina que el autoconcepto incluye las cogniciones y evaluaciones respecto a aspectos específicos del sí mismo, la concepción del sí mismo ideal y un sentido de valoración global, autoaceptación y autoestima general (Ramírez y Herrera, 2004).

Epstein (1981) destaca que las principales características del autoconcepto son:

- Es una realidad compleja, integrada por diversos autoconceptos más concretos, como el físico, social, emocional y académico.
- Es una realidad dinámica que se modifica con la experiencia.
- Se desarrolla a partir de las experiencias sociales, especialmente con las personas significativas.
- El autoconcepto es la clave para la comprensión de los pensamientos, sentimientos y conductas o comportamientos de las personas (Ramírez y Herrera, 2004).

De acuerdo con Harter (1990), el autoconcepto se refiere a las percepciones que tiene el individuo sobre sí mismo; de forma similar, Kalish (1983) considera que el autoconcepto se puede definir como la imagen que cada sujeto tiene de su persona, reflejando sus experiencias y los modos en que estas experiencias se interpretan (Amezcuza y Pichardo, 2000).

González y Tourón (1992) lo definen como organización de actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo (Ramírez y Herrera, 2004).

Clemes et al. (1994) considera que la autoestima y el autoconcepto son constructos íntimamente relacionados, ya que la autoestima es la parte afectiva del autoconcepto, opina que son el punto de partida para el desarrollo positivo de las relaciones humanas, del aprendizaje, de la creatividad y de la responsabilidad personal. Son el "adherente" que liga la personalidad del hombre y conforma una estructura positiva, homogénea y eficaz. Siempre será la autoestima la que determine hasta qué punto podrá el hombre utilizar sus recursos personales y las posibilidades con las que ha nacido, sea cual fuere la etapa de desarrollo en que se encuentre (Ramírez y Herrera, 2004).

Tresser y de Paulus (1983, citados por Espinosa, 2000) hablan de dos términos que se complementan entre sí: autodefinición (autoconcepto) y autoevaluación (autoestima). Estos autores consideran que la autodefinición viene determinada por el medio social en el que el sujeto está inmerso y sirve para proteger o potenciar la autoevaluación, esta última es un constructo hipotético que representa el valor relativo que los individuos se atribuyen o creen que los otros les atribuyen.

Hornstein (2000) señala que la autoestima tiene dos significados. Una es la conciencia de una persona respecto de sí (sentimiento de sí) y el otro es la vivencia del propio valor respecto de un sistema de ideales (sentimiento de estima de sí). Este difiere según cada individuo y puede ser vivenciado como positivo (orgullo, vitalidad) o como negativo (culpa, vergüenza, inferioridad).

Burns (1990) interpreta el autoconcepto como la concepción que una persona hace sobre sí misma, siendo así considerado como adornado de connotaciones emocionales y evaluativas poderosas, puesto que las creencias subjetivas y el conocimiento fáctico que el individuo se atribuye son enormemente personales, intensos y centrales, en grados variables a su identidad única. Y, respecto a la autoestima o autoevaluación, piensa que es el proceso mediante el cual el individuo examina sus actos, sus capacidades y atributos en comparación a sus criterios y valores personales que ha interiorizado a partir de la sociedad y de los otros significativos, de manera que estas evaluaciones dan una conducta coherente con el autoconocimiento, ubicando el autoconcepto en el ámbito de la actitud (Ramírez y Herrera, 2004).

Las últimas definiciones de autoestima y autoconcepto evidencian que estos dos conceptos no pueden ser separados pues forman parte de un continuo que involucra la evaluación y la definición del sí mismo en

relación a diferentes aspectos como el social, los ideales y desde luego el ambiente en el que la persona se desenvuelve, llámese trabajo, escuela, casa, deporte, etc.

2.3 Aspectos teóricos del desarrollo de la Autoestima y del Autoconcepto.

Oñate (1989) en su publicación sobre autoconcepto, señala algunos “pasos” que explican la evolución del autoconcepto tomando como referencia las teorías de Allport y Erikson , que a continuación se enlistan:

- El desarrollo del sentido de si mismo. Distingue dos momentos: los tres primeros años de vida en que se forma el sí mismo inicial y que abarca tres aspectos del darse cuenta de sí mismo (el sentido del si mismo corporal, el sentido de una continua identidad del si mismo y la estimación del si mismo) y de los cuatro a los seis años que profundiza en las conquistas logradas y parecen dos nuevos aspectos del si mismo que se añaden a los anteriores (extensión del si mimo e imagen del sí mismo).

- Formación del sentimiento de identidad. Es un período de anticipación de roles, interesa facilitarle la experimentación de roles, no la fijación al rol. Se la da al niño un proceso de identificación con los padres. Deja en el niño la convicción implícita de que “yo soy lo que puedo imaginar que seré”.

De acuerdo a Erikson (en Evans, 1975) la identidad se desarrolla en todas las etapas. Comienza cuando el niño por primera vez reconoce a su madre y cree que ella lo reconoce, cuando la voz materna le dice que él es alguien, un individuo. Pero debe pasar por muchas etapas hasta alcanzar la crisis de identidad del adolescente.

Erikson argumenta que mezclada con la identidad positiva, existe una compuesta de los que ha avergonzado al niño, por lo que lo han castigado, y de lo que se siente culpable: sus fracasos en capacidad o bondad. La identidad significa una integración de todas las identificaciones y las autoimágenes previas, incluso las negativas.

Para Coley (1902, en Oñate, 1989) existen tres pasos en el desarrollo del self como imagen o reflejo:

- Imaginación de lo que mi apariencia represente para los demás.
- Imaginación del juicio valorativo que los demás hacen de mi apariencia (positivo o negativo)
- Orgullo o satisfacción personal si se imagina que el juicio de los

demás es positivo. Humillación, temor, etc., en caso contrario.

De esta manera se forma nuestra autoimagen a partir de la respuesta de los demás.

Al hablar del amor a sí mismo, Fromm (1980) argumenta que si es una virtud amar al prójimo, lo es más amarse a sí mismo puesto que también se es un ser humano. El amor a sí mismo está inseparablemente ligado al amor a cualquier otro ser.

No sólo los demás, sino nosotros mismos, somos objetos de nuestros sentimientos y actitudes; las actitudes para con los demás y para con nosotros mismos, lejos de ser contradictorias, son básicamente conjuntivas. En lo que toca al problema que examinamos, eso significa: el amor a los demás y el amor a nosotros mismos no son alternativas. Por el contrario en todo individuo capaz de amar a los demás se encontrará una actitud de amor a sí mismo.

La propia persona debe ser un objeto de amor al igual que lo es la otra persona. La afirmación de la vida, la felicidad, crecimiento y libertad propios, está arraigada en la propia capacidad de amar, esto es en el cuidado, el respeto, la responsabilidad y el conocimiento. Si un individuo es capaz de amar productivamente, también se ama a sí mismo; si solo ama a los demás no puede amar en absoluto.

Rodríguez, Pellicer y Domínguez (1988) elaboraron un modelo en donde se explica el desarrollo de la autoestima, ellos lo denominan la escalera de la autoestima.

En donde el primer escalón es el autoconocimiento: refiriéndose a él como reconocer las partes que compone el yo, cuáles son sus manifestaciones, necesidades y habilidades; los papeles que viven el individuo y a través de los cuales es; conocer por qué cómo actúa y siente. Al conocer todos sus elementos, que desde luego no funcionan por separado sino que se entrelazan para apoyarse uno al otro, el individuo logrará tener una personalidad fuerte y unificada; si una de estas partes funciona de manera deficiente, las otras se verán afectadas y su personalidad será débil y dividida, con sentimientos de ineficiencia y devaluación.

El segundo escalón es el autoconcepto: entendiéndose como una serie de creencias acerca de sí mismo, que se manifiestan en la conducta. Si alguien se cree tonto, actuará como tonto; si se cree inteligente o apto, actuará como tal.

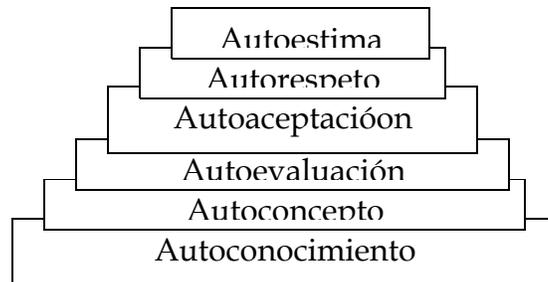
El tercer peldaño al que hacen referencia es la autoevaluación: refleja la capacidad interna de evaluar las cosas como buenas si lo son para el

individuo, le satisfacen, son interesantes, enriquecedoras, le hacen sentir bien, y le permiten crecer y aprender; y considerarlas como malas si lo son para la persona, no le satisfacen, carecen de interés, le hacen daño y no le permiten crecer.

El cuarto peldaño lo ocupa la autoaceptación: para ellos es admitir y reconocer todas las partes de sí mismo como un hecho, como la forma de ser y sentir, ya que sólo a través de la aceptación se puede transformar lo que es susceptible de ello.

El penúltimo escalón es el autorespeto: que es satisfacer las necesidades y valores. Expresar y manejar en forma conveniente sentimientos y emociones, sin hacerse daño ni culparse. Buscar y valorar todo aquello que lo haga a uno sentirse orgulloso de sí mismo.

Finalmente el último escalón lo ocupa la autoestima: siendo la síntesis de todos los pasos anteriores. Si una persona se conoce y está conciente de sus cambios, crea su propia escala de valores y desarrolla sus capacidades; y si se acepta y respeta, tendrá autoestima. Por el contrario si una persona no se conoce, tiene un concepto pobre de sí misma, no se acepta ni respeta, entonces no tendrá autoestima.



Como se vió según este modelo y las definiciones expuestas con anterioridad, tanto el autoconcepto como la autoestima se encuentran en un continuo en donde las evaluaciones afectivas y las creencias acerca del sí mismo determinan en gran medida la forma en que se actúa.

2.3.1 Desarrollo psíquico.

Franco (1985, en Oñate 1989) considera que a los dos años se inicia en el niño la conciencia sexuada, se va sabiendo niño o niña por introyección de los comportamientos de las personas de su entorno, especialmente los más significativos para él. Este saberse niño o niña, se va interiorizando

inconscientemente con una gran carga emocional, de hecho la valoración del sexo masculino o femenino en su entorno familiar y según se estime a nivel familiar el hecho de ser niño o niña.

El niño va tomando posesión consciente de sí mismo, tarea que asume prioritariamente a partir de los tres años (Hesds y Croft, 1981, en Oñate, 1989); a través de sus actividades de intrusión y curiosidad, tratará de explicitar la autovaloración que ha ido interiorizando positiva o negativa en la imagen que de sí mismo elabora, en el self, en el autoconcepto que se forma.

Allport (1955, en Cloninger, 2003) al hablar del sí mismo (propium) explica que es la parte esforzada de nuestro ser, la que nos da nuestra intencionalidad y dirección.

Comenta que su construcción es un proceso que se inicia desde los tres años y que se realiza a lo largo de la vida, llegando a lograr 7 aspectos de particular relevancia.

1. Sentido del sí mismo corporal. El propium empieza a desarrollarse en la infancia con el sentido del sí mismo corporal. Esta experiencia contribuye al desarrollo de un sentido del yo corporal.
2. Sentido de una continua identidad de sí mismo. Empieza en el segundo año de vida y continua hasta los cuatro o cinco años de edad. Durante esos años el niño desarrolla un sentido de autoidentidad, un sentido de su existencia como persona separada. Los niños comienzan a reconocerse por su nombre, lo que significa el reconocimiento de una individualidad continuada.
3. Estimación de sí mismo, amor propio. De los dos a tres años el niño empieza a trabajar en la autoestima. Empiezan a desarrollarse la capacidad de enorgullecerse de los logros y la capacidad de humillación y egoísmo.
4. Extensión del sí mismo. A partir de los tres o cuatro años el niño empieza a identificarse con sus extensiones del yo.
5. Imagen del sí mismo. La autoimagen incluye tanto la evaluación de nuestras habilidades, estatus y roles, actuales como nuestras aspiraciones para el futuro. Los niños entre los cuatro y los seis años de edad empiezan a ser capaces de proponer metas futuras y estar concientes de ser buenos y/o malos.
6. El sí mismo como un solucionador racional. Durante los años de la niñez media de los seis a los doce años, puede pensarse en el niño como alguien que afronta la vida en forma racional. El niño está ocupado resolviendo problemas y planeando formas de hacer las cosas, destrezas que son practicadas en la escuela.
7. Esfuerzo orientado. Empieza en la adolescencia, es una motivación que

involucra al yo y que tiene dirección e intencionalidad.

Allport enfatizó el papel de las defensas psicológicas en la autoestima al hacer referencia al complejo de inferioridad propuesto por Adler, defendiéndolo como una fuerte tensión proveniente de alguna actitud emocional mórbida hacia la deficiencia existente en el propio equipo personal. Para Allport, en el desarrollo final de las personalidades normales y anormales existen métodos que cada individuo utiliza para combatir la experiencia de inferioridad, algunos se esforzarían por ver el problema más pequeño, otros preferirían perseguir otras metas. En este sentido Allport enfatiza la importancia de la autodisciplina para confrontar las dificultades como una medida para aumentar la autoestima.

Aunque Freud (1914) no habló directamente del concepto de autoestima podemos decir que es resultado del narcisismo, entendiéndose éste como aquella conducta por la cual un individuo da a su cuerpo un trato parecido al que daría al cuerpo de su objeto sexual, lo acaricia, lo mimó, hasta que gracias a estos manejos alcanza la satisfacción plena.

Después de realizar algunas observaciones llegó a la conclusión de que el narcisismo era parte del desarrollo psicosexual del hombre.

El narcisismo en este sentido, no sería una perversión, sino el complemento libidinoso del egoísmo inherente a la pulsión de autoconservación, de la que justificadamente se atribuye una dosis a todo ser vivo.

En Introducción al narcisismo, Freud (1914) menciona dos tipos de elección de objeto; el narcisista y el de apuntalamiento, que según se elija se ama:

Tipo narcisista	Tipo apuntalamiento
A lo que uno mismo es. (A si mismo)	A la mujer nutricia.
A lo uno mismo fue.	Al hombre protector.
A lo que uno querría ser.	
A la persona que fue una parte del sí mismo propio.	

Y a las personas sustitutivas que se alinean formando series en cada uno de esos caminos.

Los escritores psicoanalíticos asumen que las imágenes positivas del self surgen principalmente de los sentimientos positivos mutuos de la relación madre-hijo. Fenichel (1945, en Verduzco, 1992) hace muchos años señaló algo similar: el primer abastecimiento de satisfacción del mundo externo,

la alimentación, es al mismo tiempo el primer regulador de autoestima. Las actitudes de amor, aceptación o de crítica y de vergüenza inevitablemente se incorporan en el sentido de autoconcepto que empieza a surgir en un niño, lo cual afectará profundamente su autoestima.

Alfred Adler (1927, citado en Verduzco, 1992) propone que los sentimientos de inferioridad se pueden desarrollar alrededor de ciertos órganos o patrones del comportamiento en los cuales el individuo sea de verdad inferior. Los impedimentos pueden producir sentimientos de inadecuación e insuficiencia. Adler llama a tales deficiencias e inhabilidades "inferioridades de órgano". Los sentimientos de inferioridad son inevitables en las experiencias de la niñez. La comparación entre fuerzas relativas y medidas que los niños inevitablemente hacen, los llevan a concluir que son débiles e incompletos. Un sentimiento de debilidad e insuficiencia que motiva al niño a alcanzar un mayor tamaño y competencia.

La pregunta que surge, entonces, después de leer lo anterior y que se relaciona en mucho con el presente problema de investigación sería ¿qué pasa con los niños en los que tales sentimientos no son una fuente motivacional?, Adler responde que con la aceptación y apoyo los niños con inferioridades pueden compensar su debilidad y volverla fuerza; sin este apoyo se vuelven niños sin esperanza y amargados.

2.3.2 Identidad.

Como se mencionó anteriormente la identidad y cabría añadir las bases para el autoconcepto y la autoestima se encuentran a lo largo del desarrollo de ahí la necesidad de retomar particularmente la teoría psicosocial de Erikson.

Erikson (1993) argumenta que los criterios para todas las etapas propuestas son los mismos: una crisis, más o menos caracterizada por tanteos y temores, se resuelve tanto que el niño parece repentinamente integrarse, tanto en su persona como en su cuerpo.

Las etapas que Erikson propone para explicar el desarrollo de identidad y que de alguna manera explican aspectos del desarrollo del autoconcepto y la autoestima son:

Confianza básica versus desconfianza básica.

En esta etapa el primer logro social del niño es su disposición a permitir que la madre se aleje de su lado sin experimentar indebida ansiedad o

rabia, por que aquella se ha convertido en una certeza interior así como en algo exterior previsible.

El estado general de confianza implica no solo que uno ha aprendido a confiar en la mismidad y la continuidad de los proveedores externos, sino también que uno puede confiar en uno mismo y en la capacidad de los propios órganos para enfrentar las urgencias, y que uno es capaz de considerarse suficientemente digno como para que los proveedores no necesiten protegerse de uno mismo.

La cantidad de confianza derivada de la más temprana experiencia infantil no parece depender de cantidades absolutas de alimento o demostraciones de amor, sino más bien de la cualidad de la relación materna. Esto crea en el niño la base para un sentimiento de identidad que más tarde combinará un sentimiento de ser aceptable, de ser uno mismo y de convertirse en la que la otra gente confía que uno llegará a ser.

La confianza básica debe mantenerse a través de toda la vida precisamente frente a esta poderosa combinación de un sentimiento de haber sido despojado, dividido y abandonado.

Autonomía versus vergüenza y duda.

El control exterior en esta etapa debe ser firmemente tranquilizador. La firmeza debe protegerlo contra la anarquía potencial de su sentimiento de discriminación.

Al tiempo que su medio ambiente lo alienta a pararse sobre sus propios pies debe protegerlo también contra las experiencias carentes de sentido de la vergüenza y la temprana duda.

Este último peligro es el que mejor conocemos, pues si se niega al niño la experiencia gradual y bien guiada de la autonomía de la libre elección (o si se la debilita mediante una pérdida inicial de la confianza) aquel volverá contra sí mismo toda su urgencia de discriminar y manipular.

La vergüenza supone que uno está completamente expuesto y conciente de ser mirado: en una palabra, conciente de uno mismo. Se trata en esencia de rabia vuelta contra sí mismo. Uno es visible y no está preparado para ello, quien se siente observado quisiera obligar al mundo a no mirarlo a no observar su desnudez. Quisiera destruir los ojos del mundo en cambio lo único que puede desear es su propia invisibilidad.

La vergüenza visual precede a la culpa auditiva, un sentimiento de maldad que uno experimenta en total soledad, cuando nadie observa y cuando todo está en silencio, excepto la voz del superyó. Esa vergüenza explota un creciente sentimiento de pequeñez, que puede desarrollarse solo cuando el

niño es capaz de ponerse de pie y percibir las medidas relativas de tamaño y poder.

Iniciativa versus culpa.

El individuo en este momento está en libre posesión de un excedente de energía que le permite olvidar rápidamente los fracasos y encarar lo que parezca deseable (aunque también parezca incierto e incluso peligroso), con un sentido direccional íntegro y más preciso. La iniciativa agrega a la autonomía la cualidad de la empresa, el planteamiento y el ataque de una tarea por el mero hecho de estar activo y en movimiento, cuando anteriormente el empecinamiento inspiraba las más de las veces actos de desafío o por lo menos, protestas de independencia.

La etapa ambulatoria y de la genitalidad infantil suman al inventario de modalidades básicas la de conquistar, primero en el sentido de buscar el propio beneficio; no hay para expresarlo ninguna palabra más simple y más intensa; sugiere placer en el ataque y la conquista.

El peligro en esta etapa radica en un sentimiento de culpa respecto las metas planeadas y los actos iniciados en el propio placer exuberante experimentado ante el nuevo poder locomotor y mental: los actos de manipulación y coerción agresivas que pronto van mucho más allá de la capacidad ejecutiva del organismo y la mente, y por lo tanto requiere una detención enérgica de la iniciativa paleada.

Los celos y la rivalidad infantiles, esos intentos a menudo amargos y no obstante esencialmente inútiles por delimitar una esfera de privilegio indiscutido, alcanzan ahora su culminación en una lucha final por una posición de privilegio frente a la madre; el habitual fracaso lleva a la resignación la culpa y la ansiedad.

Esta es entonces, la etapa del complejo de castración, el temor intensificado de comprobar que los genitales, ahora energéticamente erotizados han sufrido un castigo por las fantasías relacionadas con su excitación.

El niño, tan dispuesto ahora a sobremanipularse, puede desarrollar gradualmente un sentido de responsabilidad moral, cuando puede alcanzar cierta comprensión de las instituciones, las funciones y los roles que permiten su participación responsable, encuentra un logro placentero en el manejo de herramientas y armas de juguetes significativos y en el cuidado de los niños más pequeños.

El niño en este período se encuentra dispuesto a aprender tan rápida y ávidamente como sea necesario, a hacerse más grande en el sentido de

compartir la obligación y la actividad. Está ansioso y es capaz de hacer las cosas en forma cooperativa, de combinarse con otros niños con el propósito de construir y planear, y está dispuesto a aprovechar a sus maestros y a emular los prototipos ideales. Desde luego parece identificado con el progenitor del mismo sexo, pero por el momento busca oportunidades donde la identificación en el trabajo parece prometer un campo de iniciativa sin demasiado conflicto o culpa edípica, y una identificación más realista basada en un espíritu de igualdad experimentada en el hecho de hacer cosas juntos.

“Esta etapa determina la dirección hacia lo posible y lo tangible que permite que los sueños de la temprana infancia se vinculen a las metas de una vida adulta activa” (p.233).

Industria versus inferioridad.

Ahora aprende a obtener reconocimiento mediante la producción de cosas. Desarrolla un sentido de la industria, esto es, se adapta a las leyes inorgánicas del mundo de las herramientas. Puede convertirse en una unidad ansiosa y absorta en una situación productiva. Completar una situación productiva constituye una finalidad que gradualmente reemplaza a los caprichos y los deseos del juego. Los límites de su yo, incluyen sus herramientas y habilidades: el principio del trabajo le enseña el placer de completar el trabajo mediante una atención sostenida y una diligencia perseverante.

El peligro del niño en esta etapa radica en un sentimiento de inadecuación o inferioridad. Si desespera de sus herramientas y habilidades o de su status entre sus compañeros, puede renunciar a la identificación con ellos y con un sector del mundo de las herramientas. El hecho de perder toda esperanza de tal asociación industrial puede hacerlo regresar a la rivalidad familiar más aislada, menos centrada en las herramientas, de la época edípica. El niño desespera de sus dotes en el mundo de las herramientas y en la anatomía y se considera condenada a la mediocridad o a la inadecuación.

El peligro que amenaza al individuo y a la sociedad cuando el escolar comienza a sentir que el color de su piel, el origen de sus padres o el tipo de ropa que lleva, y no su deseo y voluntad de aprender, determina su valor como aprendiz, y por lo tanto, su sentimiento de identidad que ahora debemos considerar.

Identidad versus confusión de rol.

En la pubertad y en la adolescencia todas las mismidades y las continuidades en las que se confiaba previamente vuelven a ponerse hasta cierto punto en duda, debido a una rapidez del crecimiento corporal que

igual a la de la temprana infancia, y a causa del nuevo agregado de la inmadurez genital.

Se preocupan ahora fundamentalmente por lo que parecen ser ante los ojos de los demás en comparación con lo que ellos mismos sienten que son, y por el problema relativo a relacionar los roles y las actitudes cultivadas previamente con los prototipos ocupacionales del momento.

La integración que ahora tiene lugar bajo la forma de identidad yoica es la experiencia acumulada de la capacidad del yo para integrar todas las formas con las vicisitudes de la libido, con las aptitudes desarrolladas a partir de lo congénito y con las oportunidades ofrecidas en los roles sociales. El sentimiento de identidad yoica, entonces es la confianza acumuladas en que la mismidad y la continuidad interiores preparadas en el pasado encuentren su equivalente en la mismidad y continuidad del significado que uno tiene para los demás, tal como se evidencia en la promesa tangible de una “carrera”.

Los adolescentes no solo se ayudan temporariamente unos a otros a soportar muchas dificultades formando pandillas, convirtiéndose en estereotipos, y haciendo lo mismo con sus ideales, y sus enemigos, sino que también ponen a prueba perversamente la mutua capacidad para la fidelidad.

La identidad psicosocial trasciende a la sola identidad personal o sea al conocimiento de lo que se es (en Evans, 1975).

Erikson (1985) dijo que las pautas básicas de identidad deben surgir de a) la afirmación y el repudio selectivo de las identificaciones infantiles del individuo y b) la manera en que el proceso social de la época identifica a los jóvenes reconociéndolos en el mejor de los casos como personas que tenían que llegar a ser como son y que siendo como son merecen confianza.

Así él también establece una relación entre la identidad y el sí mismo, señalando que el sentimiento generalizado de identidad produce un acuerdo gradual entre la variedad de autoimágenes cambiantes que fueron experimentadas en la niñez (y que durante la adolescencia pueden ser dramáticamente recapitulados) y las oportunidades de roles que se les ofrecen a los jóvenes para que seleccionen y se comprometan. En cambio no puede existir un sentimiento duradero del sí mismo sin una experiencia continua de un yo consciente que es el centro de la existencia, una especie de identidad existencial, que como ya se mencionó antes, debe trascender a la identidad psicosocial.

Plaza (2007) propone como la identificación con los padres, los familiares

importantes como abuelos, tíos, hermanos, la pareja, personalidades importantes a quienes se admiren, las instituciones culturales, sociales a las que se pertenece, entre otras. La conjunción de estas identificaciones va conformando una identidad única. En la medida en que se tenga una identidad definida, con valores firmes, con una postura ante la vida, se tendrá una estructura más firme para trabajar, con metas más claras para su desarrollo personal.

Fromm argumenta que sólo la persona que tiene fe en sí misma puede ser fiel a los demás, pues sólo ella puede estar segura de que será en el futuro igual a lo que es hoy y, por lo tanto, de que sentirá y actuará como ahora espera hacerlo. La fe en uno mismo es una condición de nuestra capacidad de prometer, y por supuesto, el hombre puede definirse por su capacidad de prometer, la fe es una de las condiciones de la existencia humana. Lo que importa en relación con el amor es la fe en el propio amor; en su capacidad de producir amor en los demás, y en su confianza.

2.3.3 Ideal del yo.

También comenta que en el desarrollo normal el delirio de grandeza que existió y los caracteres psíquicos del narcisismo se han borrado. Ahora recae el amor a sí mismo sobre el ideal.

El Ideal del Yo es la instancia de la personalidad que resulta de la convergencia del narcisismo (idealización del yo) y de las identificaciones con los padres, con sus sustitutos y con los ideales colectivos. Como instancia diferenciada, el Ideal del Yo constituye un modelo al que el sujeto intenta adecuarse (González, N. J. de J. y Rodríguez, C. M. de P., 2002).

El narcisismo aparece desplazado hacia este nuevo yo ideal, que como el infantil se encuentra en posesión de todas las perfecciones valiosas. El hombre no quiere privarse de la perfección narcisista de su infancia, procura recobrarla en la nueva forma de el ideal del yo (Freud, 1914).

La incitación para formar el ideal del yo, cuya tutela se confía a la conciencia moral (velar por el aseguramiento de la satisfacción narcisista del ideal del yo) partió en efecto de la influencia de los padres, y a la que en el curso del tiempo se sumaron los educadores, maestros, la sociedad; por identificación (Freud, 1914).

El Ideal del Yo queda constituido de manera definitiva durante la adolescencia, establece metas en la vida y va gratificando al yo en que las va logrando, lo cual a su vez mantiene la fe en sí mismo y fortalece la voluntad para seguir adelante en los proyectos de superación (Rizo, M. P. y

Sotelo, A. C., 2007).

Hornstein (2000) al respecto comenta que la conciencia moral se vale de la represión para llevar a acabo su labor pues si las pulsiones libidinosas no fuesen reprimidas, todo aquello que emergiera a la conciencia disminuiría la autoestima.

Y en cuanto al ideal del yo, Hornstein opina que cuando se instaura el ideal del yo, la pulsión ya no persigue una descarga automática y el placer ya no resulta de una simple baja de tensión. En este estadio de narcisismo secundario, la relación recíproca que una vez tuvo lugar dentro de la unidad madre-niño se produce ahora intrapsíquicamente. Se hace posible la regulación interna de la autoestima.

Por lo que el niño proyecta su ideal del yo sobre proyectos sucesivos: frustraciones y gratificaciones dosificadas, “óptimas”, lo impulsan a desprenderse de ciertas gratificaciones y lograr otras. Cada momento histórico le proporciona gratificaciones conservando la esperanza de recuperar la plenitud narcisista.

La autoestima es inestable. La hacen fluctuar las experiencias gratificantes o frustrantes en las relaciones con otros, la sensación de ser estimado o rechazado por los demás; el modo en el que el ideal del yo evalúa la distancia entre las metas y las aspiraciones, por un lado, y los logros y el éxito por el otro. Lo hacen fluctuar las exigencias que el superyó ejerce sobre el yo: cuanto más estricto es el superyó más disminuye la autoestima. Y lo apuntala la representación de objetos libidinalmente investidos que ratifican su amor al yo al proveer suministros narcisistas. La satisfacción pulsional directa, inhibida en su fin o sublimada, eleva la autoestima, así como la representación de un cuerpo saludable y satisfactorio estéticamente según los valores que exige el ideal del yo.

El sentimiento de sí se presenta en primer lugar como expresión del “grandor del yo”. Todo lo que uno posee o ha alcanzado, cada resto del primitivo sentimiento de omnipotencia, contribuye a incrementar el sentimiento de sí (libido narcisista).

Para Karen Horney (en Cueli, 1975) el hombre es el producto de su medio, el cual al cambiar transforma también al individuo; mientras viva el sujeto, su carácter seguirá siendo moldeado. El aspecto crucial en el moldeamiento del carácter son las otras personas que viven en el mismo medio. Sin embargo, el hombre tiene la capacidad de autodirigirse internamente. El conocimiento de sí mismo es sumamente importante en la formulación de la estructura del carácter. Esto solo puede ser construido por uno mismo. La moralidad de la evolución, según Horney, la obligación y privilegio morales de buscar el conocimiento de uno mismo,

es lo que refleja en última instancia, esa direccionalidad interna del ser humano.

Horney consideró que cada individuo, a partir de su self real o actual, desea lograr una realización completa de todas sus necesidades para alcanzar el máximo de su desarrollo, y que esto es un sentimiento universal. Para poder alcanzar esta autorrealización, el hombre debe tener un self idealizado al cual pueda conseguir como modelo. Entre más se aleje el hombre de este self real tratando de acercarse a metas ilusorias, más conflicto interno se producirá y, por ende, se presentará la conducta neurótica, como último intento de resolución de conflictos creados.

Bromick y Swallow (1999, citados por Hernandez, 2001) en su artículo “Me gusta ser lo que yo soy”. Un estudio de los ideales de personas jóvenes, hallaron que los héroes y heroínas de la gente joven son un fuerte camino para explorar los factores socioculturales que forman el yo – 111 niñas y 113 niños de una clase de inglés entre 11 y 16 años dieron respuestas a reactivos de cuestionarios diseñados para permitirles expresar con libertad sus ideales y sus adultos más admirados-. Siguiendo el contenido del análisis, los resultados fueron presentados de acuerdo a las respuestas dominantes y valores subyacentes separados por edad y género. La mayoría de los jóvenes estaban felices de ser ellos mismos mientras eran capaces de identificar un héroe que no necesariamente representaba su yo ideal. Los héroes eran principalmente sacados del mundo de los deportes y de los medios de comunicación. Los resultados se discuten en términos del desarrollo de identidad personal durante la adolescencia.

La distinción entre el género de personas que se quisiera ser y el género de personas que pensamos deberíamos ser es muy sutil. Nítidamente, este segundo aspecto, que implica la idea de deber, está relacionado con la idea de conciencia. Freud lo reconoció cuando hizo del yo ideal y la conciencia dos elementos del superyo (Oñate, 1989).

El yo ideal es en gran parte positivo porque representa la internalización de lo que los padres (y otros) consideran ser bueno, objetivos por los que el hijo debe esforzarse (Oñate, 1989).

2.3.4. Familia

Existe evidencia que relaciona la aprobación, el aliento, la sensibilidad, la simpatía, el cuidado, el apoyo y el afecto paternal con la autoestima de los niños y adolescentes.

Al respecto Owens, Stryker y Goodman (2001) comentan la dificultad existente para los niños, sobre todo cuando ellos son jóvenes, para evitar que las percepciones de los padres influyan en la formación de su estima.

Mencionan que la interacción selectiva (fenómeno descrito por Rosenberg) y la valoración operan de formas diversas; como el niño y el adolescente pasan más tiempo con uno de los padres pueden escoger al que más les favorece por lo menos en ese momento, para así mantener una opinión alta de ellos mismos y es probable que ellos den menos importancia a las evaluaciones del padre que manifiesta una impresión menos favorable.

Explican que las madres influyen más en la autoestima de sus hijos. Al ser las madres quienes están mucho más involucradas en las vidas de ellos, los niños y adolescentes mantienen relaciones con sus madres de forma más íntima y más afectuosas que con sus padres; esto es igual tanto para varones como para mujeres.

Jonson (1972 en Oñate, 1989) cree que el autoconcepto de un individuo cambia mediante la información dada por una persona con autoridad o significación, concerniente a realizaciones o características de personalidad de aquel, cambiando las expectativas de padres, compañeros y maestros con respecto a su rendimiento, y por medio del asesoramiento grupal, experiencias de éxito en los estudios y modelos apropiados.

Sullivan (en Cueli y Redil, 1975) comenta que las personificaciones son las imágenes que uno tiene de uno mismo y de otros. Son las imágenes que la persona tiene de otros en su mente. La primera impresión que capta el niño es la de sí mismo; partiendo de la naturaleza buena-mala de otros, dependiendo de cómo interprete la conducta de esos otros. Estas impresiones se convierten en personificaciones muy complicadas de muchas personas. Cada sujeto es una personificación compuesta y compleja de las experiencias previas que el niño ha tenido con personalidades semejantes.

Fromm (1974, en Verduzco, 1992) propone que todas las personas desarrollan una imagen de sí mismo que les sirven de guía y que mantiene su ajuste al mundo externo. Debido a que esta imagen se desarrolla en interacción con el ambiente, refleja los juicios, preferencias y deficiencias del grupo familiar y social particular. Los juicios despreciativos impiden al individuo aceptarse a sí mismo y por lo tanto producen sufrimiento. Aunque pueden ser expresiones ignoradas o negadas, continúan teniendo un efecto que producen dudas con respecto a la valía y a la competencia. Argumenta que la atmósfera permisiva de la libre expresión de las ideas y del afecto, ayuda al individuo a conocerse y adaptarse. Los conflictos se pueden evitar si los padres y las personas que rodean a la persona aceptan los puntos de vista y los valores del niño, aunque no necesariamente están de acuerdo con ellos. De esta manera el niño puede respetarse a sí mismo, gana confianza derivada sus propios valores y aprende a creer en sí mismo como un centro de experiencia.

Fromm (1980) opina que en el amor entre padres e hijos; para la mayoría de los niños entre los ocho y medio y los diez años, el problema consiste casi exclusivamente en ser amado – en ser amado por lo que se es. A esa altura del desarrollo infantil, aparece un nuevo sentimiento de producir amor por medio de la propia actividad. Por primera vez, el niño piensa en dar algo a sus padres, en producir algo – un poema, un dibujo, o lo que fuere-. Por primera vez en la vida del niño, la idea del amor se transforma de ser amado a amar, en crear amor.

Miranda (2007) argumenta que cuando hay una distonía en la relación padre-hijo, debido a que las expectativas no son congruentes con las circunstancias reales y las necesidades propias del hijo, el hombre fracasará y no podrá ejercerla con un propósito afectivo hacia su hijo dificultando que este logre consolidar una adecuada identidad al no poder cumplir las confusas expectativas paternas. La presencia activa, afectuosa, empática y contenedora del padre bien identificado a lo largo del desarrollo del hijo, aunado a sus propias expectativas, a las necesidades y capacidades reales del niño será la base para una relación sintónica.

Para Coopersmith (1967, citado por Fajardo, 2001) existen cuatro elementos contribuyentes al desarrollo de una buena autoestima:

1. El valor que el niño percibe que otras personas le conceden (expresado en elogios, afecto, y atención).
2. Sus propias experiencias de éxito (retroinformación que le permite ubicarse en el ambiente).
3. La definición individual de éxito o fracaso del niño.
4. La personalidad, es decir, el estilo personal del niño para lidiar con la retroalimentación negativa y la crítica.

En cuanto al valor que el niño percibe a través de otras personas Coopersmith, remarca la influencia que sobre esto tienen los padres, pues afirma que el desarrollo de la autoestima está ligado al núcleo familiar. En sus investigaciones encontró 4 determinantes entre las familias para lograr un buen desarrollo de la autoestima:

- La total aceptación del niño por parte de los padres.
- El contar con instrucciones claras y definidas.
- Respetar la individualidad del niño.
- Brindar apoyo en la toma de decisiones para conseguir metas. (Espinosa, 2000).

El apoyo paternal ha demostrado ser benéfico para la autoestima del adolescente y del niño cuando los padres muestran interés en sus niños, los aceptan, pasan tiempo con ellos y hacen cosas con ellos, hablan con ellos, los escuchan, los tocan y los abrazan, juegan con ellos, los animan,

les hacen cumplidos y los alaban (Owens 2001).

Pero aparece que lo que más importa para la autoestima de los niños es que ellos sientan que les importan a sus padres, que piensen que son importantes y se preocupen de lo que les pasa.

De la misma forma diversos estudios hacen pensar que cuando los padres son verbalmente agresivos hacia los hijos, los descuidan, los rechazan (Burnett, 1993,; DuBois, Eitel, & Felner, 1994,; O'Hagan, 1993) o abusan física o sexualmente de ellos, los niños tienen un pensamiento negativo de sí mismos (Owens et al).

Cuando los niños perciben el conflicto entre los padres o entre ellos mismos y sus padres, se puede esperar un menor ajuste del niño. Además, los resultados muestran claramente que la estructura familiar única compuesta por uno de los padres, no es la más perniciosa para el ajuste y autoestima de los niños. Es decir, que una familia de un solo padre no tiene un efecto más negativo que cualquier otro tipo de estructura familiar en la autoestima y ajuste de los niños (Oñate, 1989).

La patria potestad de los hijos ya no está únicamente en manos del padre, sino también de la madre. En general, las relaciones que se dan dentro de la familia conyugal moderna tienden cada vez más a democratizarse. Por otra parte las implicaciones del urbanismo, los negocios, las nuevas recreaciones, la mayor convivencia con las personas etc, son considerados como fuertes competidores de los lazos familiares. Surge así una de las aspiraciones fundamentales de la familia moderna: la unión familiar. Al respecto Leñero (1974, en González, Núñez, J. de J., Cortes, D. y. E. y Padilla V. M. T., 1994) comenta: "Vivimos un proceso de transformación en todos los campos de la vida social. La familia necesariamente, tiene que experimentar dichos cambios. La transformación de una estructura provoca desajustes y acomodados cada vez mayores. Estos desajustes pueden manifestarse, entre otras formas, en la total o relativa desintegración conyugal" y valdría la pena agregar: desintegración familiar.

Existe actualmente un tipo de familia llamada familia reconstruida Emily y John Visher (1988) la definen como la formada por una pareja adulta en la que al menos uno de los cónyuges tiene un hijo de una relación anterior. Esto descarta incluir dentro de las familias reconstituidas a las parejas sin hijos que se vuelven a casar.

Así pueden surgir varios tipos de familias reconstruidas:

- Familias provenientes de un divorcio, en la cual uno de los cónyuges tiene hijos previos.

- Familias provenientes de un divorcio, en la cual los dos cónyuges tienen hijos previos. Es el modelo más complejo.
- Divorciado /a que tiene hijos, y cuyo ex-esposo/a se ha vuelto a emparejar.
- La que proviene de la muerte de uno de los cónyuges. El padre o la madre viudo o viuda se vuelve a emparejar y aparece la figura del padrastro o madrastra que todos conocemos desde nuestra más tierna infancia, ya que protagonizan buen número de cuentos infantiles.

Los niños que viven dentro de una familia reconstruida están confrontados a varias pruebas: la separación de los padres genéticos, la adaptación a vivir solos con la mamá (en la mayoría de los casos) y visitar, a veces con desigual regularidad, al otro padre (casi siempre el papá).

También, más tarde o más temprano, los niños deben aceptar la presencia de la nueva pareja de los padres, o simultáneamente, viene la etapa de la vida en común, cuando el 'otro' se integra a su hogar o el niño va a vivir al hogar de éste.

Las familias reconstruidas tienen ciertas características, como por ejemplo:

- a.- Sus miembros están en diferentes etapas del ciclo de vida.
- b.- Tanto los adultos como los niños (as) tienen expectativas como producto de sus relaciones anteriores.
- c.- Hay poca o ninguna relación legal entre hijastras (os) - padrastrros/madrastras.
- d.- Estas familias comienzan después de muchas pérdidas y cambios.

Las familias biológicas no tienen estos problemas o características que hacen más fácil la relación familiar. Pero estas mismas características con el tiempo se van convirtiendo en aspectos positivos para la relación.

Para el buen manejo de este tipo de familias, es importante tomar en consideración lo siguiente:

- a.- Reconocer las pérdidas de cada uno de los miembros de la familia.
- b.- Brindar el apoyo necesario ante las expresiones de tristeza.
- c.- Hacer los cambios de manera gradual.
- d.- Fomentar y permitir convivir con los padres biológicos...

Valles, (2007) al hablar del papel de la madre sustituta dentro de la familia

reconstruida menciona que la madre deberá resolver la ambivalencia de amor y odio hacia el hijo de su pareja y reprimir su propia agresión. Debe dar tiempo al niño para estar a solas con su papá y evitar la necesidad de competir con él. Ser paciente, tolerante y comprensible con la agresión del padre y con la del hijo, hasta que el padre elabore el duelo por su divorcio y ayude también a su hijo en la elaboración de su propio duelo. Así a través de la constante disolución de la agresión y de las demostraciones de cuidado, seguridad y ayuda que la madre sustituta proporcione al padre y al niño, será identificada como una figura afectiva que complementa al niño en su desarrollo, modela su comportamiento y fortalece su identidad masculina.

Como es de esperarse esta dinámica familiar puede ocasionar repercusiones en cuanto al proceso de separación y de resolución de duelo ante la pérdida de alguno de los padres y desde luego esto influye en la forma en que un niño puede valorarse y visualizarse; ya que pueden crearse fantasías de culpabilidad ante la separación.

Desde el enfoque psicopatológico de la interacción padre-niño maltratado, Marcelli y Ajuriaguerra (1996) explican las dificultades del niño para desarrollar un sentimiento de identidad estable y satisfactorio. Dudan de sí mismos y carecen de autoestima. Tienen tendencia a infravalorarse y a minusvalorar sus logros y, en consecuencia, no se esfuerzan en alcanzar objetivos en las actividades desarrolladas: las dificultades y el fracaso inicial provocan pronto el abandono y el retraimiento de estos niños.

Así mismo al hablar de las respuestas de los pequeños ante la separación y desavenencias de los padres comentan el sentimiento de ser pequeño, débil y vulnerable.

La interacción paterno-filial basada en el apoyo –Introducción-, favorece considerablemente el desarrollo del autoconcepto del hijo, lo que permite ser un individuo con una autorrealidad razonable, adaptado, creativo y autocontrolado. Sin embargo, las relaciones coercitivas y las muy permisivas tienden a alentar el resentimiento y el distanciamiento.

La vigilancia paternal, el monitoreo y la restricción se relacionan positivamente con el autoconcepto de los niños, pero el control autoritario, involucrando coerción, amenazas y el uso del castigo físico, deteriora las autoevaluaciones de los niños (Gecas & Seff, 1990; Peterson & Rollins, 1987, en Owens et al). Kurdek y Fine (1994, en Owens et al) observaron entre niños de quinto a séptimo grado, aceptación y control de la familia relacionadas positivamente con la competencia psicosocial (un índice que incluye autoestima y auto-eficacia). Los investigadores definieron el control familiar como las actividades paternas de monitoreo: asegurarse que la tarea de los adolescentes se hace, conocer donde está y que es lo que él o

ella hacen y guardar complicidad con el adolescente.

Una explicación probable para tales resultados es que esa vigilancia de los padres es un recordatorio diario a los niños de que sus padres se preocupan de ellos.

Los dos estilos –Coerción y Permisividad-, el primero por supresión y el segundo por indulgencia, no permiten que el niño adquiera un conocimiento real y una experiencia que le permita adaptarse al mundo exterior de acuerdo con las normas y exigencias del mismo (Musitu, 1985, en Oñate, 1989).

Mientras la interacción familiar Positiva o de Apoyo posibilita el autoconcepto social y escolar; la interacción familiar basada en la represión e indiferencia genera ansiedad e inadaptación, al mismo tiempo que inhibe e incluso mina el self académico y social (Oñate, 1989).

Coopersmith (1967, en Oñate, 1989) encontró que los antecedentes más notables de un autoconcepto alto están relacionados directamente con la conducta paterna y las consecuencias de las normas y reglamentos que establecen los padres. Coopersmith señaló que los límites en el comportamiento definidos e impuestos consistentemente, están asociados con un autoconcepto elevado: que las familias que tienen límites claros, utilizan castigos menos drásticos, y que los padres que estimulan un elevado autoconcepto en los hijos, procuran educarlos cálidamente y no se muestran irritados.

También presupone que los padres de aquellos jóvenes que tienen un elevado autoconcepto no sólo expresan actitudes de total o casi total aceptación y comprensión de sus hijos (lo que no implica necesariamente un consentimiento o permisividad de todas las conductas), sino que también permiten cierta flexibilidad dentro de los límites establecidos.

Mruk (1995) menciona que los padres que se muestran indiferentes hacia sus hijos o bien los que se ausentan frecuentemente durante largos períodos de tiempo tienden a tener hijos con niveles más bajos de autoestima, por lo que demuestra que el grado de compromiso para con los hijos y la calidad del mismo influyen de maneja importante en el nivel de autoestima de los pequeños.

También reconoce la importancia de que los padres conozcan las virtudes y debilidades de sus hijos, así como también sean conscientes de sus potencialidades y limitaciones, pues esto ayudará a que los padres animen a sus hijos a explorar el mundo de acuerdo a sus competencias y deficiencias.

Una función importante de la figura paterna dentro de la familia es brindar protección, pues permite al hijo sentirse querido y apreciado por este, desarrollando de esta forma su autoestima. En este sentido el padre posee la importante función de ayudar al hijo en el control de sus impulsos, dándole la sensación de que no es un ser malo ni monstruoso; (es decir, al ayudarlo en el control de impulsos, también se le ayuda a desarrollar un autoconcepto más saludable). El niño no puede con sus impulsos, siendo estos mas fuertes que el, pero el padre en sus fantasías, puede ser mas fuerte que sus impulsos. Desde este punto de vista, el padre pone límites, desde afuera da reglas y exige su cumplimiento (González, Núñez, J. de J., Cortes, D. y. E. y Padilla V. M. T., 1994).

Sullivan (en Cueli y Redil, 1975) argumenta que antes de que el niño comprenda lo que se le dice o que sea capaz de considerarse como algo distinto del medio que le rodea, ya se le comunican algunas de las actitudes, de quienes lo cuidan en particular de la madre, por medio de la empatía. La angustia, el enojo o la reprobación de parte de ella por ejemplo, producen en el niño un sentimiento de desasosiego, de pérdida de euforia.

La aprobación concedida por los padres, o por otras personas produce un sentimiento de bienestar, en tanto que la reprobación implica un sentimiento de inseguridad y angustia.

Al hablar de expectativas los padres desalientan a sus hijos cuando les plantean metas demasiado altas o imposibles de alcanzar. Si se le exige que actúe por encima de sus capacidades o de su edad, se sentirá frustrado, e incompetente, y dejará de intentar cualquier cosa que no esté seguro de hacer a la perfección (Romero, 2004).

Ledesma y Pan (2002) definen como factor nocivo para el desarrollo de la autoestima al regaño, para ellas el regaño tiene dos tipos de valoración de acuerdo a la finalidad o a la situación en que se llevan a cabo; es malo cuando el niño recibe un regaño exagerado porque él suele pensar mal de sí mismo. Generalmente un regaño suele darse cuando una persona está enojada, por lo tanto lo acompaña de más sentimientos, se habla demás, se insulta, se humilla y el niño no sabe distinguir el regaño recibido por el error cometido, y el sentimiento de enojo del adulto. Por otro lado el regaño no es malo si se hace como una llamada de atención, de prevención.

Caballero (2000) realizó un estudio en donde relacionó los mensajes verbales y no verbales con la autoestima, ella concluye en que el adulto sirve al niño como espejo para la formación de su autoestima y que la forma a través de la cual sería es expresando palabras, gestos y mímica corporal, que aprecien al niño como persona; y por otro lado, que pongan en palabras, cualidades del niño de manera realista y coincidente a lo que

verdaderamente se está viviendo para así valorarlo como ser humano.

De ahí la importancia de que los padres aprendan a observar, escuchar, hablar y a comprender a sus hijos. Siempre darles y buscar respuestas a lo que expresan. Los momentos de comunicación y de diálogo son necesarios en la familia para que la dinámica familiar marche funcionalmente.

Al respecto Dorothy Corkille (1998, citado por Caballero, 2000) ha identificado que los mensajes verbales y no verbales influyen y fomentan la autoestima en el niño. Hay palabras que derrumban y otras que erigen. Las primeras son aquellas cuyo significado es descriptivo, anulador, hiriente o con algún calificativo de desprecio o que hace sentir a la persona que no vale como tal. Y las palabras que erigen o que construyen son aquellas que infunden amor, respeto, amor, comprensión y que coinciden con las actitudes del niño. Y cuando el niño empieza a comprender estas palabras puede llegar a adjudicarse el significado de ellas, inaugurándose en él un nuevo medio de describirse a sí mismo.

Marcelli y Ajuriaguerra (1996) resaltan la reciente atención prestada al problema de las familias que viven en condiciones socioeconómicas difíciles, en las que el riesgo de morbilidad física y mental parece ser especialmente elevado para los niños. Argumentan que con la edad los trastornos de conducta son frecuentes e implican a menudo una mezcla de inhibición y/o retraimiento con actitudes arrogantes o conductas antisociales. En estas condiciones el fracaso escolar aparece con mucha frecuencia. En la patología conductual, el paso al acto, es frecuente; el riesgo de marginación, de delincuencia y de psicopatía es especialmente grande, con la habitual desvalorización de sí mismo, la ausencia de un ideal del Yo satisfactorio y fallos muy primitivos en la catexis narcisista del Yo.

Perezbiachelanni (2000) realizó un estudio con niños que presentaban dificultades en el aprendizaje hijos de madres que trabajaban, ella encontró que en las calificaciones los promedios finales de los niños varones, tanto de las madres que trabajan como de las que no trabajan no difieren significativamente, sin embargo menciona que las madres que trabajan se muestran más responsables y se observa que motivan a sus hijos a crecer transmitiéndoles que pueden hacer las cosas, los apoyan en el aprendizaje, involucran a sus parejas en la educación de los hijos, también se dedican tiempo a sí mismas, hay iniciativa y disposición ante los problemas que presentan y conviven con sus hijos.

La forma en que los padres se relacionan con el niño e incluso en la que los propios niños observan que los padres se relacionan con otros ejerce una poderosa influencia para que el menor forme una imagen de lo que los

otros son y por su puesto de lo que el mismo es.

2.4 Otros factores que influyen en el desarrollo de la autoestima.

2.4.1. El juego.

Para Mead (1965, en Oñate, 1989) el niño pasa por dos estadios de desarrollo del self. Estos estadios son:

- El juego simbólico; el niño asume diversos roles (madre, hijo, trabajador). En estos juegos el niño representa diferentes papeles en la interacción con sus compañeros, teniendo la oportunidad de observar las conductas ajenas desde esos papeles y pasando de uno a otros con facilidad.
- El juego socializado implica papeles relevantes que son conformadores de una conducta determinada.

Winnicott (1971) describe una secuencia de relaciones vinculadas con el proceso de desarrollo y el juego:

- a) El niño y el objeto se encuentran fusionados. La visión del objeto es subjetiva, y la madre se orienta a hacer real lo que el niño está dispuesto a encontrar.
- b) El objeto es repudiado, reaceptado y percibido en forma objetiva. Depende en gran medida de que exista una madre dispuesta a participar y a devolver lo que se le ofrece. Ello significa que la madre se encuentra en “un ir y venir” que oscila entre lo que el niño tiene la capacidad de encontrar y /alternativamente) ser ella misma, a la espera que la encuentren. Entonces el niño vive cierta experiencia de control mágico, omnipotente.
La confianza que se forma cuando la madre puede hacer sentir al bebé omnipotente, constituye un campo de juegos intermedio, en el que se origina la idea de lo mágico, pues el niño experimenta en cierta medida la omnipotencia.
- c) La etapa siguiente consiste en encontrarse sólo en presencia de alguien. El niño juega sobre la base del supuesto de que la persona a quien ama y que es digna de confianza se encuentra cerca, y que sigue estándolo cuando se la recuerda.
- d) La siguiente etapa consiste en permitir una superposición en dos zonas de juego y disfrutar de ella. Primero es la madre

quien juega con el bebé aunque poco a poco introduce su modo de jugar.

Ana Freud (1971) ofrece, al explicar la línea de desarrollo del cuerpo hacia los juguetes y desde el juego hacia el trabajo, algunas consideraciones que pueden tomarse en cuenta para complementar los estadios propuestos por Mead.

Para ella esta línea de desarrollo comienza por caracterizar al juego como una actividad que proporciona placer erótico al comprometer la superficie de la piel, sin que exista una clara distinción entre el cuerpo de la madre y el cuerpo del infante.

Posteriormente las características tanto de la madre como del niño se transfieren a un primer objeto de juego, el cual queda investido por libido narcisista y libido objetal. Este objeto de transición va a darle al niño la oportunidad posteriormente, de que experimente con diversos juguetes siendo agresivo o amoroso, ya que al ser objetos inanimados y por lo tanto sin reacción, el niño puede ser ambivalente con ellos.

En cuanto a las características físicas de los juguetes, estos van dejando de ser suaves para pasar a ser material de juego, sirviendo con ello a las actividades del yo y las fantasías subyacentes.

Estas actividades, menciona Ana Freud gratifican de manera directa un componente instintivo o están investidas con energía instintiva que ha sido desplazada y sublimada, y cuya secuencia cronológica es más o menos la siguiente:

- ⌚ Juguetes que ofrecen la oportunidad para ciertas actividades del yo, como llenar-vaciar, abrir-cerrar, revolver, etc., y cuyo interés se desplaza desde los orificios del cuerpo y sus funciones.
- ⌚ Juguetes que pueden rodar y que contribuyen al placer de la motricidad que experimenta el niño.
- ⌚ Materiales de construcción que ofrecen iguales oportunidades para construir y destruir (en correspondencia con las tendencias ambivalentes de la fase sádico-anal).
- ⌚ Juguetes que sirven para expresar tendencias y actitudes masculinas y femeninas, utilizados:
 - En juegos solitarios en los que el niño gusta representar un papel determinado.
 - Para actividades exhibicionistas con el objeto edípico.
 - Para la escenificación de situaciones variadas del complejo de Edipo en el juego de grupo; siempre que... otros niños sean considerados colaboradores para realizar una actividad determinada tal como jugar, construir cometer travesuras, etc.

(p, 67-69).

La expresión de la masculinidad puede lograrse a través de actividades del yo tales como la gimnasia y la acrobacia, en las que todo su cuerpo y su manipulación habilidosa representan, exhiben y proveen el placer simbólico de actividades y destreza físicas.

El placer o la satisfacción de la actividad lúdica se va desplazando a lo que se denomina placer por el producto final de las actividades, es decir se obtiene el placer al haber culminado con la tarea o al haber resuelto el problema.

Cuando esta fuente de gratificación no se conecta en el mismo grado con la ayuda de determinadas disposiciones externas, el placer que se deriva de su logro permanece directamente conectado con el elogio y la aprobación brindada por el mundo de los objetos y la satisfacción por el producto obtenido ocupa un lugar importante sólo en una fecha posterior, probablemente como resultado de la internalización de las fuentes externas que regulaban la autoestima.

Finalmente la capacidad lúdica se convierte en laboral.

Hurlock,(1987) considera que los factores que influyen en el desarrollo del autoconcepto son diversos, a saber, estructura corporal, defectos físicos, condiciones físicas, químicas, glandulares, vestimenta, nombres y apodos, inteligencia, niveles de aspiración, emociones, patrones culturales, tipos de escuela a las que se asiste, nivel social e influencias familiares; entre otros. (en Hernández, 2001).

2.4.2 Sentido de competencia.

White (1973) cree en contraparte con la teoría psicoanalítica clásica, en la existencia de una dificultad con respecto a la autoestima, la falta de distinguo entre estima y amor. Y para ello propone ampliar la teoría para incluir energías yoicas independientes, reconociendo el valor intrínseco y el significado de los sentimientos de eficacia y el sentido de competencia.

Así él propone como punto de partida poner especial énfasis en la conducta manifiesta del niño sin tener en cuenta las fantasías infantiles, para de este modo apreciar el origen de la autoestima en las experiencias de eficacia del niño.

Comenta “los niños se ríen cuando sus esfuerzos ejercen efecto sobre el medio, por ejemplo, cuando pueden mantener en equilibrio una pila de

cubos, cuando logran que sus piernas vacilantes los transporten a través de la habitación, cuando un acto como aplaudir puede provocar una respuesta imitativa en el progenitor,...El éxito de estas empresas lleva a una mayor confianza en las acciones futuras, así como más tarde el éxito escolar lleva a una mayor confianza en la propia capacidad mental, y una victoria en el campo de deportes , a experimentar mayor confianza en la propia habilidad física. Así como la estima por otra persona está basada en lo que puedo hacer, un sentido de competencia” (p.129).

También argumenta que el desarrollo de la autoestima tiene que vincularse cualquiera que sea la forma y el momento en que se produzcan, en que se puede experimentar que la acción y su esfuerzo concomitante traen como resultado el estado siguiente de percepción y afecto.

White no concibe el curso de desarrollo como algo que parte de la omnipotencia a la objetividad. Él plantea la existencia de dos secuencias que se originan en una circunstancia paradójica, de que el niño es a un tiempo, desvalido y poderoso. Es desvalido en el sentido de que en la realidad no puede cuidar de sí mismo y satisfacer sus propias necesidades; pero constituye sin duda un poder en la realidad interactiva de la familia, donde puede lograr que otras personas se ocupen de él. Con respecto a una parte del medio, el niño se inicia en la vida como un ser desvalido, pero mediante la acción exploratoria, descubre la competencia allí donde antes no existía. Descubre que puede hacer sonar el sonajero, apilar cubos, lograr que otras personas imiten y jueguen, alimentarse ponerse de pie y caminar y buscar las cosas que desea. Hay un crecimiento constante que va desde ser incapaz hasta ser capaz de aceptar el medio de manera deseada. Con respecto a otras partes del medio, en particular la madre con sus actividades alimentarias, el niño no tarda en alcanzar el punto máximo en lo que concierne a su capacidad para obtener servicios. Esta madre se muestra dispuesta a hacerlo todo, y se hará necesario renunciar al poder. Pero las líneas de desarrollo no tardan en volverse complementarias: a medida que el niño va renunciando a sus privilegios en lo que concierne a dar órdenes al resto de la familia, se vuelve menos necesitado de tales privilegios debido a la creciente competencia para manejar las cosas mediante sus propios esfuerzos.

Así la autoestima tiene su raíz en la experiencia de eficacia. No está solo construida sobre lo que los otros hacen o lo que el medio proporciona. Desde el comienzo mismo, está basada en lo que uno puede lograr que el medio ofrezca. En realidad el sentimiento de eficacia está regulado por el éxito o el fracaso de sus esfuerzos, pues no sabe que otra cosa puede estar afectando la respuesta del medio.

La autoestima, argumenta, está estrechamente vinculada con sentimientos de eficacia y, a medida que se desarrolla, con el sentido acumulativo más

general de competencia. Sufre constantes modificaciones a medida que se desarrolla, con el sentido acumulativo más general de competencia. Sufre constantes modificaciones a medida que el niño dirige sus esfuerzos hacia la actividad manipulativa, los medios locomotores, el dominio del lenguaje y la afirmación de sus deseos con respecto a otras personas. Aumenta o disminuye a medida que ensayan roles sociales y se intentan identificaciones. En circunstancias favorables, reaparece cuando las tormentas libidinales y agresivas del complejo de Edipo disminuyen en cierta medida, de modo que se pueden explorar y poner a prueba nuevos patrones de relación con los padres. También hay nuevas pruebas de competencia en las relaciones y el juego en equipo.

La otra fuente de la autoestima, la opinión que de otros tiene los demás, comienza a adquirir importancia en cuanto el niño logra una concepción bastante clara de los otros como para percibirlos como la fuente de actitudes.

El niño necesita saber que es capaz de ayudar y que su apoyo es apreciado. Si los padres fomentan y agradecen la disposición a contribuir al bienestar de la familia, el niño considerará natural cooperar también con sus compañeros y con los maestros de la escuela, o formar parte de grupos en los que realice acciones a favor de personas (Romero, 2004).

2.4.3 La escuela

Si los padres, profesores y niños mayores, rebajan o degradan los logros del niño, este puede sentirse inútil, sucio, malo y comenzar a creer que nada de lo que produce tiene valor. Aquí podemos observar los fundamentos de un profundo sentido de duda de sí mismo, vergüenza e inferioridad. Muchos padres fomentan esos sentimientos, porque son impacientes con el nivel de ejecución de sus hijos; continuamente regañan al niño por hacer mal las cosas o siempre los regañan por cosas que rebasan las capacidades del niño. Algunas veces este puede reaccionar en una forma opuesta y se burla de la autoridad o hacer caso omiso insensiblemente, de los intereses y derechos de los demás. El que ocurra esta reacción depende de la naturaleza del niño y los métodos que se utilizan para avergonzarlo (Erikson, en Dicaprio, 1989).

Ledesma y Pan (2002) consideran que dentro de los aspectos que deterioran la formación de la autoestima en el ámbito escolar se encuentran: a) el chisme; con este término hacen referencia al hecho de que una persona hable mal de otra y proponen que en el caso de los niños con problemas de aprendizaje, puede afectar directa o indirectamente, pues es común encontrar niños que tratan de hacer menos a otro, o lo agreden por tener problemas para aprender por los métodos tradicionales.

Por lo anterior pueden presentarse la burla o malos comentarios que afectan directamente la autoestima de los niños; b) el error: ellas consideran que dado que los niños se enfrentan constantemente a errores en su vida escolar, ejerce una gran influencia. Consideran la necesidad de tratar de convencer al niño de que la incapacidad en alguna de las habilidades académicas puede ser superada a través de la utilización de métodos de aprendizaje diferentes a los de los demás niños.

Rappoport (1986, en Oñate, 1989) considera que el logro ocupa un lugar importante en el concepto de sí mismo. El niño que se desenvuelve bien en la escuela, y por ello recibe aprobación por parte de progenitores y maestros, tendrá, obviamente, una mejor autoimagen, que se mostrará en sus sentimientos generales de confianza en sí mismo.

Por otro lado Musitu et al. (1983, en Herrera, 2004) opinan que, en especial el alumno rechazado, se encuentra ante una serie de exigencias en la escuela que lo desbordan. No puede atenderlas todas..., por lo que recibe una evaluación negativa del profesor y también de los padres, de lo que se desprende que no está suficientemente motivado como para controlar y asumir todo el conjunto de exigencias de los adultos (padres y profesores).

Los niños en desventaja (especialmente los de las minorías) se consideran como posibles víctimas de autoconceptos bajos debido a la discriminación, la pobreza y a las condiciones poco estimulantes del medio. Se supone que estas condiciones conducen a una denigración de la autovalía; pero, a pesar de todo, algunos estudios experimentales revelan que los niños en situación de desventaja no sólo poseen autoconceptos positivos, sino que algunas veces tienen autoconceptos más altos que los grupos aventajados (Soares y Soares, 1969; Trowbridge, 1970; Heiss y Owens, 1972; Rosenberg, 1973, etc.). Estos autores sugieren que esto ocurre así porque los niños pertenecientes a grupos en desventaja están expuestos únicamente a otras personas y vecinos en desventaja, y, de acuerdo con tales expectativas, actúan satisfactoriamente. (Herrera, 2004)

Por el contrario, los niños de grupos aventajados tienen expectativas más altas que les sirven de referencia en su motivación. Sólo porque los grupos aventajados miren a los que están en desventaja de una forma negativa, no es suficiente razón para suponer que éstos se vean de la misma forma (Carter, 1979, en Herrera, 2004).

Según la investigación realizada por Ivorra (2003) puede afirmarse que ser superdotado introduce diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del Autoconcepto académico, Autoconcepto social, Autoconcepto familiar y Autoconcepto general, y al mismo tiempo señala que ser superdotado no introduce diferencias estadísticamente

significativas en las puntuaciones del Autoconcepto emocional.

Serrano (1981, en Oñate, 1989) considera que el maestro tiene una influencia capital en las actitudes que los estudiantes se forman con respecto a sí mismos, en especial en lo que dichas actitudes tienen que ver con el hecho de ser capaces de pensar, responder preguntas y resolver problemas. El maestro puede ayudar al estudiante o reconocer su valor y sus posibilidades, o puede recordarle una vez tras otra su poca valía para el estudio. El maestro es un factor importante de las fuerzas que influyen en el desarrollo del concepto de sí del estudiante; puede empobrecerlo o enriquecerlo.

García (1989) propone en un documento algunas de las variables que pueden presentarse dentro del salón de clases y que pueden influir específicamente en el autoconcepto del menor brindado por el profesor:

- *Lo que el profesor dice a sus alumnos.* La conducta verbal del profesor tiene una gran influencia sobre el alumno. Cuando el profesor manifiesta explícitamente los aspectos positivos del alumno, sean estos referidos a cualidades físicas, académicas o personales, se producen mejoras en la autoimagen de los alumnos.

El poner de manifiesto lo positivo sobre lo negativo (aunque esto último se explicita), permite ofrecer elementos de referencia adecuados para asumir las propias deficiencias personales. En definitiva, el profesor, a través de sus mensajes verbales, ha de ayudar al alumno a verse con realismo, pero siempre como una persona valiosa y agente de su propio proceso educativo y no como simple receptor pasivo y sometido a continuas presiones y descalificaciones como alumno y como persona.

- *El reforzamiento empleado por el profesor.* El uso del reforzamiento adquiere particular importancia en cuanto a su influencia en el desarrollo de un positivo autoconcepto de los alumnos. Horas de trabajo, ansiedad y expectativas merecen algo más que un simple número. El juicio seco e impersonal de una nota sirve para muy poco. Cuánto más se conseguiría si la calificación de un examen diese paso al comentario oral (individuo o grupo) o escrito (individuo) en donde aparecieran los logros alcanzados y las direcciones para solucionar las dificultades existentes. Cuando tal práctica se lleva a cabo el alumno busca el comentario que su profesor le dirige exclusivamente a él.

- *Las expectativas del profesor.* Es importante el hecho de que el profesor crea y confíe en el alumno. Es necesario creer en el valor del otro para poder transmitir un sentimiento de valía y reconocimiento personal que dé calidad a la interacción personal entre profesor y alumno.

Demasiados alumnos sienten que sus profesores no creen en ellos, no cuentan con ellos, no les invitan a participar. Ni siquiera les preguntan en clase por aquello de no perder el tiempo, ya que no van a contestar correctamente.

Las expectativas que el profesor ha generado a partir de situaciones y experiencias anteriores (hermanos, familiares, asignaturas previas, etc) tienden a ser transferidas al nuevo alumno y situación de aprendizaje. Así, generalmente se proyectan expectativas positivas sobre alumnos que han funcionado bien en materias anteriores o que han tenido hermanos con buen rendimiento escolar. Está demostrado que el rendimiento académico es mayor en aquellos alumnos sobre los que el profesor tiene expectativas positivas, generadas de situaciones o experiencias anteriores.

Ahora bien, el modo en el que actúan las expectativas del profesor es ciertamente complejo y está sujeto a ciertos condicionantes. En general puede afirmarse que cuando están claramente definidas, pueden servir como importante marco de referencia para la propia autoevaluación del alumno y pueden ayudar a comprender la existencia de un marco social con cuyas restricciones y demandas debemos aprender a convivir. Igualmente pueden servir de claro mensaje al alumno de que él tiene la capacidad suficiente para llevar a cabo la tarea exigida.

Uno de los problemas mayores que se presentan en este punto es el que se refiere a lo inconsciente de las conductas del profesor que transmiten bajas expectativas. El hecho de que el profesor no le dé importancia a ciertos comportamientos propios no es debido a una actitud negativa o mal intencionada, sino a la ignorancia que tiene acerca de la dinámica del alumno como ser humano. Conductas como las de esperar menos tiempo para que nos responda un alumno del que no esperamos respuesta correcta, ubicar al final de la clase a los que no siguen, no incitar a asumir riesgos moderados de dificultad a aquellos alumnos en los que no creemos que sean capaces de salir adelante, ponen de manifiesto el carácter trivial que los profesores conceden a la relación profesor-alumno.

En general los maestros al tratar a sus alumnos de una manera más agradable, amistosa y alentadora, obtienen un rendimiento intelectual mayor, probablemente por el efecto ocasionado sobre la motivación y autoconcepto del alumno.

2.4.4. El grupo de amigos.

Algunos autores insisten en el hecho de que el Yo es producto de la interacción de una persona con otras. Mi concepto de Mí mismo es mediado por el otro.

Charles Horton Colley (1902, en Oñate) comenta que del mismo modo que un hombre contempla su reflejo en un espejo y utiliza el reflejo para adquirir información referente a su naturaleza física, así también se sirve de las actitudes de otras personas para con él como medida de lo que realmente es.

Así Colley argumenta que las reacciones de otros suministran a un hombre información de cómo les parece y puede describir si están de acuerdo o no con la forma en que se percibe a sí mismo.

Oñate comenta en su publicación que el individuo a lo largo de su vida asume varios roles y la vez que con ello se va formando su autoestima por los sentimientos que otras personas tienen hacia él, esa experiencia le va formando su autoconcepto positivo, y a través de dichas actitudes expresadas por sus compañeros de rol, añadirá y desarrollará aún más los elementos afectivos de su autoimagen.

Mead (1965, en Oñate) relaciona el proceso de identificación con el autoconcepto, al decir que en la interacción de persona a persona, en el proceso de identificación del sí mismo con el otro, la concepción del sí mismo se modifica. El individuo no puede experimentarse así mismo si no es por medio de los demás.

Con la identificación se aprenden hechos sobre uno mismo; con la introyección, se interiorizan y pasan a formar parte del repertorio propio de nociones de sí mismo.

Ledesma y Pan (2002) mencionan en su investigación dos aspectos que pueden influir en el desarrollo de la autoestima en relación con el grupo de amigos:

- *La indiferencia.* En los grupos donde hay individuos con problemas de aprendizaje o conducta, suele haber discriminación, es decir, que los demás niños e incluso los profesores los tratan con indiferencia y hasta con rechazo. Con estos hechos se afecta la autoestima de los niños, ya que ellos pueden llegar a creer que valen menos por que no lo toman en cuenta o porque no puede aprender al mismo ritmo que los otros niños.

- *La crítica y la burla.* Ambos incidentes producen sentimientos de inferioridad en el niño, alterando así su autoestima.

Harter, Stocker y Robinson (1996, en Owens et al) estudiaron muestras de adolescentes jóvenes e identificaron tres orientaciones que caracterizan la relación entre la aprobación de los pares y la autovaloración. En el primer grupo, la aprobación del par precede la autovaloración. Los adolescentes en esta categoría informan que ellos hacen sus juicios sobre el mérito personal basado en las evaluaciones de sus coetáneos. Un segundo grupo está compuesto de adolescentes cuya autovaloración precede la aprobación del par. Estos adolescentes piensan si uno se gusta a sí mismo así una persona determinará su valor y la aceptación y aprobación de los otros.

Frankel, Cantwell, Myatt y Feinberg (1999) realizaron un investigación en donde relacionaron la medicación con la autoestima de un grupo de niños de 7 a 12 años, ellos encontraron que el medicamento se asoció con una alta autoestima; niños con TDAH sometidos a tratamiento reportaron sentimientos de mayor inteligencia y mayor popularidad en comparación con los niños no medicados. También relacionaron la autoestima de niños con TDAH y niños con Oposicionismo Desafiante más TDAH; ellos reportan que los niños con Oposicionismo Desafiante más TDAH que se medicaron mencionaron sentirse mejor y por lo tanto comportarse mejor.

En otro estudio Bussing, Zima y Perwien (2000) investigaron la relación entre la autoestima y la medicación; los resultados muestran datos de baja autoestima para niños con TDAH y síntomas depresivos en comparación con niños con desórdenes conductuales, especialmente en áreas de ansiedad y popularidad; así mismo proponen como predictores, de baja autoestima, en su grupo de estudio al alto deterioro funcional y a las condiciones comorbidas pero no al uso de medicamento. Para ellos el uso de medicamento no se relaciona con los niveles de autoestima.

De este estudio podemos destacar que al parecer la sensación de popularidad influye en la autoestima y que variables como la medicación no tienen una influencia certera en relación a la autoestima.

González Padilla (2008) elaboró un instrumento para medir la expresión afectiva el cual consta de cuatro áreas afectivas: a) afectos que conservan al Yo, b) afectos relacionados con sus objetos, c) afectos que decrementan al Yo y d) afectos que incrementan al yo los cuales permiten una superación en la identidad del individuo por medio del desarrollo constante del Yo. Estos afectos logran en la persona un empuje capaz de llegar a la realización de conductas deseables, están relacionados con necesidades sociales de pertenencia. Son necesarios para sobrevivir, tienen que ver con necesidades de estima, el individuo se motiva para adquirir seguridad en sí mismo, son afectos que se enlazan unos con otros para mantener a la persona en constante actividad afectiva unida a la actividad productiva. Tienen que ver con la satisfacción de necesidades de

autorrealización personal, tienen que ver con la búsqueda de la trascendencia, el individuo esta motivado por dejar huella en su paso por este mundo, tienen que ver con los intereses los valores y los ideales.

Como se puede dar cuenta a lo largo de este capítulo la autoestima y el autoconcepto son constructos dinámicos y se modifican a lo largo de la vida de una persona sobre todo en los momentos o crisis importantes para el ser humano por lo que es de esperarse que en niños con problemas como los que se describieron en el capítulo correspondiente al Trastorno por Déficit de Atención, ambos se encuentran afectados.

Dicha premisa guió la presente investigación.

Capítulo 3

Método de investigación.

3.1 Justificación.

Uno de los trastornos que más cambios ha experimentado en cuanto a su diagnóstico ha sido el Trastorno por Déficit de atención, debido a que es un trastorno en el cual intervienen diferentes y variadas causas de desarrollo y pronóstico. Actualmente es un motivo de consulta frecuente en los hospitales infantiles y un problema conductual en los centros educativos.

Debido a sus manifestaciones clínicas y a las repercusiones que tiene sobre el desarrollo del niño este trastorno se ha vuelto el foco de atención para padres, maestros, psicólogos y demás profesionales interesados en el comportamiento infantil, ya que las características de las personas que padecen este trastorno hacen que la adaptación de ellas a determinados ambientes (escuela, hogar, trabajo, etc) se vea afectada así como también la imagen y valía personal del propio individuo, ya que la percepción de su desempeño no es siempre la mejor, exponiéndose continuamente a fracasos y con ello a la formación de una imagen deteriorada de sí mismo, que en muchas de las ocasiones se acompaña de comentarios que contribuyen a tal efecto.

Es decir, muchos de los niños con trastorno por déficit de atención tienen dificultad en su vida escolar, familiar y social, lo que puede ocasionar que su autoestima no apunte hacia un desarrollo óptimo, al tener experiencias de vida que pueden influir en su autoevaluación.

Por lo revisado anteriormente se cree posible realizar una investigación que nos permita conocer la relación existente entre el autoconcepto y la autoestima de estos niños, pues como ya se mencionó la mayoría de ellos ha pasado por experiencias que pueden hacer que su imagen se halle disminuida o devaluada y que por lo tanto su desempeño en la escuela o bien su adaptación en ambientes escolares y familiares no sea la mejor, produciendo en el niño un sentimiento negativo hacia su persona.

3.2 Planteamiento del problema.

¿Cuál es la relación entre la autoestima y el autoconcepto de los niños con Trastorno por Déficit de Atención atendidos en el Hospital Infantil de México “Federico Gómez”?

3.3 Objetivos.

1. Describir como se encuentran los índices de la autoestima de un grupo de niños con Trastorno por Déficit de Atención atendidos en el Hospital Infantil de México “Federico Gómez”.
2. Describir el autoconcepto de un grupo de niños con Trastorno por Déficit de Atención atendidos en el Hospital Infantil de México “Federico Gómez”.
3. Comparar los índices de autoestima y el autoconcepto en un grupo de niños con Trastorno por Déficit de Atención atendidos en el hospital Infantil de México “Federico Gomez”.

3.4 Variables.

Variable independiente: *Trastorno por Déficit de Atención.*

Variables dependientes: Autoestima.
Autoconcepto.

3.5 Definición operacional de las variables.

Trastorno por déficit de atención Determinado por el diagnóstico emitido por el psiquiatra del Departamento de Psiquiatría y Medicina del Adolescente del Hospital Infantil “Federico Gómez”, de acuerdo a los criterios del DSM-IV.

Autoestima. Determinada por la calificación otorgada de acuerdo al inventario de Autoestima de Coopersmith, traducida y validada en México por Verduzco, en 1992 y la entrevista complementaria a tal cuestionario.

Autoconcepto. Determinado por el Dibujo de la Figura Humana de Karen Machover y las entrevista complementaria al instrumento.

3.6 Definición conceptual de las variables.

Autoestima. De acuerdo a Coopersmith (1981, citado por Verduzco, 1992) la autoestima es la evaluación que un individuo hace, y constantemente mantiene en relación a sí mismo; expresa una actitud de aprobación o de rechazo e indica el grado en el cual el individuo se siente capaz, significativo o exitoso y valioso. Es un juicio personal que se tiene hacia sí

mismo. Es una experiencia subjetiva que el individuo comunica a otros a través de reportes verbales y otros comportamientos.

Autoconcepto. Es la percepción que una persona tiene de sí mismo en relación con la historia particular del sujeto y donde intervienen diversos factores que actúan dinámicamente. (Fitts, 1971)

Trastorno por Déficit de Atención. Es un Trastorno de conducta perturbador, según el DSM-IV, cuya sintomatología esencial consiste en falta de atención, impulsividad e hiperactividad.

3.7 Hipótesis.

H1. Los índices de autoestima de los niños con Trastorno por Déficit de Atención atendidos en Hospital Infantil “Federico Gómez” son bajos.

H2. El autoconcepto de los niños con Trastorno por Déficit de Atención atendidos en el Hospital Infantil “Federico Gómez” es pobre.

H3. Existe relación entre los índices de autoestima y el autoconcepto de los niños con Trastorno por déficit de Atención atendidos en el Hospital Infantil “Federico Gómez”.

3.8 Diseño de investigación.

Sujetos: En esta investigación participaron 25 niños diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención por el psiquiatra del departamento de Psiquiatría y Medicina del Adolescente.

Muestra: Se seleccionaron 25 niños de forma no probabilística, que cumplieron con los siguientes criterios de selección:

1. Diagnóstico de Trastorno por déficit de atención, tomando en cuenta los criterios del DSM-IV, realizado por el departamento de Psiquiatría del Hospital Infantil Federico Gómez.
2. Saber leer y escribir.
3. Contar con la edad requerida para el proyecto de investigación (8 a 12 años).

Escenario: El diagnóstico y aplicación de las escalas correspondientes se hizo en el Hospital Infantil de México, “Federico Gómez”, en el departamento de Psiquiatría. Tomando como lugar para la evaluación un consultorio de dicho departamento.

Instrumentos: Se utilizaron el Inventario de Autoestima de Coopersmith (1981), aplicado y estandarizado en México por Verduzco en 1992 – mismo que se acompañó con una entrevista cuyas preguntas fueron tomadas de algunos de los reactivos del Cuestionario para obtener mayor información al respecto- , el Dibujo de la Figura Humana de Karen Machover y una entrevista complementaria construida a partir de algunos de los reactivos de la Escala de Autoconcepto de Diferencial Semántico de Andrade Palos y Pick de Weis, 1986.

Ficha Psicométrica

Nombre del instrumento. Inventario de Autoestima de Coopersmith para niños.

Autor. Stanley Coopersmith (1981).

Adaptación. María Angélica Verduzco Álvarez Icaza (1992).

Fundamentos teóricos que subyacen al instrumento. Psicología clínica: Diagnóstico.

Características psicométricas del instrumento:

- ✚ **Forma de aplicación.** Individual, Colectiva y Autoaplicación.
- ✚ **Tipo de prueba.** Es una prueba estructurada, compuesta por 30 reactivos.
- ✚ **Áreas de aplicación.** Psicología clínica.
- ✚ **Formato.** El inventario está formado por un solo cuestionario dividido en cuatro áreas: *autoestima en relación al área social* (comprende 8 reactivos y se refiere a la autoevaluación que hace el individuo con respecto al grado de aceptación que percibe de su grupo social), *autoestima en relación a la escuela* (con 8 reactivos y hace referencia a la autoevaluación que el individuo tiene con respecto a su rendimiento escolar), *autoestima en relación al hogar* (son 8 reactivos que indican la imagen que el sujeto percibe de sus padres y su medio familiar con respecto a él mismo) y *autoestima con respecto al propio individuo* (con 26 reactivos, refleja la valoración que el individuo hace de sí mismo); además comprende una escala adicional de *deseabilidad social* (es una escala adicional que mide el intento por dar una imagen favorable de sí mismo, está formada por 8 reactivos).
- ✚ **Formato de respuesta.** Es una respuesta a elegir entre dos opciones, SI o NO de acuerdo a lo que el niño opine.
- ✚ **Validez y confiabilidad.** No se tienen datos de validez y confiabilidad.

Calificación del instrumento. No hay respuestas buenas ni malas, los puntajes de los 50 ítems se multiplican por dos para dar una puntuación global sobre 100, y para cada una de las áreas se obtienen puntajes de

acuerdo al número de preguntas en ellas que igualmente se multiplican por dos y que dan los siguientes puntajes máximos: 52 con respecto al propio individuo (self general) y 16 en las otras tres áreas.

La calificación de los reactivos se hace de la siguiente manera: SI corresponde a "1" y NO corresponde a "0" en los reactivos siguientes:

2, 4, 5, 9, 10, 11, 13, 14, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 27, 28, 29, 32, 34, 35, 36, 41, 45, 47, 48, 52, 55 y 57.

SI corresponde a "0" y NO corresponde a "1" en los reactivos siguientes:

1, 3, 6, 7, 8, 12, 15, 16, 17, 22, 25, 26, 30, 31, 33, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 46, 49, 50, 51, 53, 54, 56 y 58.

Interpretación cuantitativa del instrumento. La calificación total se marca a la media y a partir de ese puntaje se hace una interpretación de las escalas que componen el inventario.

Ficha psicométrica

Nombre del instrumento. El test del Dibujo de la Figura Humana.

Autor. Karen Machover (1974, citado por Santiago, Fernández y Guerra, 1999).

Fundamentos teóricos que subyacen al instrumento. Psicología clínica: Diagnóstico.

Características psicométricas del instrumento:

✚ **Forma de aplicación.** Individual y Colectiva.

✚ **Tipo de prueba.** Proyectiva.

✚ **Áreas de aplicación.** Psicología clínica.

✚ **Formato.** Es una prueba no estructurada en la que se le pide a la persona que dibuje una figura humana y realice una historia en base a su dibujo.

✚ **Formato de respuesta.** La respuesta de una persona estaría dirigida en cuanto a la representación de su imagen corporal, de su Yo idealizado o de imágenes parentales o significativas para el sujeto.

- **Validez y confiabilidad.** Se han realizado ya diversos estudios en cuanto a la validez y confiabilidad de la prueba que afirman que es útil para el diagnóstico de la personalidad. (Gasorek, Lehner y Gunderson, 1952; Giedt y Lehner, 1949; Cook, 1951; Hammer, 1954; citados por Santiago, Fernández y Guerra, 1999).

Interpretación cualitativa del instrumento. El análisis del dibujo de la Figura Humana, se realizará de acuerdo al propuesto por Karen Machover. Según esta autora de las narraciones se analizarán los siguientes aspectos:

El *tema* refiriéndonos al asunto o circunstancia predominante en el relato, lo que en pocas palabras puede definir la historia; ella propone (familiar,

amoroso, profesional, escolar, sexual, vocacional, laboral, económico, moral, religioso o mixto). En el tema se buscan los conflictos actuales del sujeto, donde el sujeto aparentemente puede estar encontrando más dificultades.

Los *matices* nos indican la afectividad consciente e inconsciente del sujeto, se refiere a aquellos pequeños detalles del relato que dentro del tema adornan la historia. Machover (1974, citados por Santiago, Fernández y Guerra, 1999) propone los siguientes: agresividad, temor, depresión, ansiedad, sentimientos de culpa, sentimientos de inferioridad, inseguridad, dudas, frustración, conflictos sexuales, homosexualidad, afán de superioridad, etc)

Las *verbalizaciones e índices psicodiagnósticos* en las historias como la afectividad lábil: expresiones afectivas, de risa o llanto, apoyo constante en el examinador por medio de preguntas; agresividad: muertos, violencia, venganzas; agresividad reprimida: mecanismos compensatorios y reparadores después de un episodio violento; ansiedad: historias breves y marcadamente emotivas, temblor e inseguridad en la emisión oral; compulsión: excesivas matizaciones en el relato; esquizofrenia: neologismos, desolación afectiva, incoherencias; depresión: temas de culpa, matices tristes, procesos minusvaloratorios, lentitud y escasa riqueza temática en relación a la aparente flexibilidad; psicosis y borderline: intensidad afectiva generalmente encaminada a la agresión de figuras significativas; elementos paranoides: actitud de desafío, preocupación excesiva por descubrir la intencionalidad del examinador, preguntar con doble intencionalidad. (Santiago, Fernández y Guerra, 1999)

En cuanto a los indicadores emocionales se encuentran:

- El *tamaño de la figura*, generalmente la relación entre el tamaño de la figura y el espacio gráfico nos proporciona indicios acerca de la autoestima del examinado, del concepto de sí mismo, su grado de repliegue o fantasías de omnipotencia en su enfrentamiento a las presiones ambientales. Una figura grande habla acerca de que el individuo responde al medio de forma desinhibida y agresiva, una figura pequeña habla de sentimientos de inferioridad del sujeto con respecto a su medio.

- La *calidad e integración de las figuras*, tomándose como un índice de inmadurez e inestabilidad emocional o de regresión debida a intensas perturbaciones emocionales.

- La *cabeza* es indicativo del concepto del Yo, una cabeza acentuada se presenta en sujetos con tendencia al narcisismo social, propensos a demostrar sus poderes y capacidad intelectual a los demás, una cabeza que no se acentúa se da en casos de individuos deprimidos cuya inhibición patológica se centra en lo social.

- La *cara y los rasgos faciales* dan pautas sobre el estado emocional del sujeto., si la cara aparece sombreada podría hablarse de agresividad y tendencia a conductas delictivas, el sombreado de toda la cara indica una seria perturbación ansiedad y pobre autoconcepto, mientras que el sombreado de solo algunas partes requiere el estudio del conflicto del sujeto en relación con el ocultamiento de esa zona en concreto. El énfasis en la boca es indicativo de personalidades primarias, alcoholismo y sujetos con dificultades en la esfera sexual, cuando en la boca aparecen marcados los dientes sugiere infantilismo, agresividad oral, esquizofrenia, deficiencia mental y/o personalidad histeroide, la ausencia u omisión de la boca nos indica dificultad del sujeto para relacionarse verbalmente con los demás; los labios gruesos en varones indica homosexualidad latente y tendencia espiritual a lo femenino; en forma de cupido se habla de precocidad sexual. Los dibujos que incluyen pipas o cigarrillos en la boca nos hablan de erotismo oral.

El énfasis en los ojos o en las orejas es propio de personalidades suspicaces y paranoides muy sensibles a las críticas; los ojos cerrados sugieren retracción narcisista y tendencia al narcisismo secundario; los ojos vacíos se encuentran en sujetos egocéntricos, inmaduros y en deficientes mentales; en sujetos masculinos el pintar las pestañas de los ojos puede ser indicativo de tendencias homosexuales o indicios de afeminamiento ya sea espiritual o sexual.

El pelo está relacionado con los temas sexuales así que el énfasis en bigotes, barba pelo en pecho se considera indicativo de autoafirmación de la virilidad, la cuestión radica en el porqué de la necesidad de dicho refuerzo; un cabello desordenado o enmarañado indica desórdenes en la esfera sexual, en punta agresividad; el pelo retocado y dibujado con esmero se aprecia en narcisistas, homosexuales o en sujetos que necesitan deslumbrar con su apariencia física.

En varones la nariz larga sugiere una compensación sexual de problemas de impotencia.

- El *cuello* es el vínculo entre lo intelectual y los impulsos del ello, el cuello alto y delgado aparece en sujetos moralistas y rígidos en cuanto a las normas sociales; el cuello corto aparece en sujetos impulsivos y con tendencia al malhumor; su omisión nos indica falta de control yoico y mal manejo de los impulsos, reflejados en la conducta.

- Las *extremidades superiores* nos hablan de la adaptación o inadaptación social del sujeto, su omisión se puede dar en la esquizofrenia y en sujetos con un excesivo repliegue narcisístico, la omisión de las manos nos da a entender el escaso interés del sujeto por las relaciones objetales, cuando los brazos son largos indican tendencia hacia la agresividad dirigida hacia el exterior, mientras que cuando son cortos nos hablan de timidez social, dificultades en cuanto la adaptación social y tendencia ala enfermedad psicósomática; los puños cerrados indican agresividad reprimida; los

brazos pegados al cuerpo indican pobreza en las relaciones interpersonales.

Las manos al aparecer en los bolsillos pueden indicar actividades o tendencias masturbatorias; grandes se dan en sujetos delincuentes y con tendencia al acting de carácter agresivo; pequeñas indican sentimientos de culpa en relación con las acciones que emanan de las mismas.

Los dedos cortos y redondeados son normales en infantes pero en adultos se asocian con torpeza motriz e infantilismo, los largos indican agresividad y con uñas se habla de un control obsesivo de la pulsión agresiva.

- El *tronco* al ser redondeado es indicativo de feminidad y si es angulosos lo sería de virilidad; si da la sensación de encorsetamiento hay que pensar en un mal control de impulsos con tendencia a la explosividad, el reforzamiento de hombros a menudo aparece como preocupación con respecto a la masculinidad.

- Las *extremidades inferiores*, si se da una mayor atención al cuerpo que a las extremidades inferiores se hablaría de depresión e inseguridad de base; el colocar la figura sujeta al suelo por línea u otra forma pictórica nos está refiriendo a una llamada inconsciente de apoyo y auxilio o a una necesidad inconsciente de apoyo y auxilio o a una necesidad consciente de ayuda.

- El *pecho*, senos bien remarcados y dibujados con esmero nos indicaría un fondo o núcleo melancólico de base, cuando esta zona es borrada o sombreada podemos incluir cierta inmadurez emocional y psicosexual en el examinado; a menudo se suprime el pecho por el dibujo de un bolsillo lo que indicaría una necesidad de afectos orales por sentimientos de privación de los mismos.

- Las *articulaciones* pueden significar dependencia hacia la figura materna y/o personalidad obsesivo-compulsiva.

- La *anatomía interna* aparece en personas con temores hipocondríacos, personalidades con tendencia a la hipocondría a la somatización histérica y narcisistas, también puede aparecer en la esquizofrenia y en las psicosis maniaco depresivas en fase maniaca.

- El *dibujo de perfil* indica introversión, huida del contacto socioemocional.

- La *ropa*, el dibujo de desnudos nos indica una actitud de rebeldía y hostilidad del sujeto hacia la sociedad o bien conciencia de conflictividad sexual, en niños indica inmadurez y hasta deficiencia mental; cuando se dibuja un joven con ropa de adulto se habla de identificación con la figura paterna, si se dibuja una mujer con ropa hasta las rodillas se está representando a la figura materna; los atavíos excesivamente destacados nos indican narcisismo de ropa, suelen ser sujetos extrovertidos y sociales

con una adaptación neurótico al medio; una figura semidesnuda representaría narcisismo al cuerpo cuyas características psicológicas son la inmadurez emocional y el egocentrismo.

Los bolsillos se relacionan con infantilismo y dependencia emocional, los botones tienen la misma interpretación afinan la dependencia hacia la madre; la corbata es un signo fálico; si es pequeña podría indicar conciencia de debilidad sexual e inferioridad en el órgano, si es grande implica temor a la impotencia y agresividad en las conductas sexuales.

El sombrero cuando aparece sin ropa sugiere regresión, la transparencia en el sombrero indicaría conductas sexuales primitivas.

3.9 Procedimiento.

Para realizar la aplicación, se seleccionaron 25 niños de 8 a 13 años previamente diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención y con tratamiento, de los anteriormente vistos en el departamento de Psiquiatría del Hospital Infantil “Federico Gómez”.

Se les hizo una llamada telefónica a los padres de los menores y se les pidió la autorización correspondiente para participar en el proyecto de investigación indicándoles la fecha para asistir; dividiendo al número total de niños en fechas distintas (únicamente con fines de aplicación, sin que esto intervenga en el análisis de datos) y se aplicó a cada sección los instrumentos de la siguiente forma:

Primero el cuestionario de Autoestima de Coopersmith, después se les pidió que dibujarán en una hoja en blanco una persona completa y que elaboraran una historia del dibujo hecho (cabe mencionar que se pidió el dibujo de ambos géneros) y finalmente se hizo una entrevista para complementar la información obtenida en el dibujo a base de los adjetivos de la prueba de Autoconcepto de Andrade Palos y del Cuestionario de Autoestima de Coopersmith.

Una vez que asistieron a la aplicación de pruebas se llevó a los niños al consultorio asignado por del Departamento de Psiquiatría, del Hospital se les explicó lo que iban a hacer y el motivo de su asistencia con las siguientes indicaciones: “Buenos días/ tardes, yo soy la Psic., trabajo en el departamento de Psiquiatría del Hospital en un proyecto de investigación al que le interesa saber cuál es la forma de pensar de los niños con respecto a ciertas situaciones que ocurren generalmente en casa o en la escuela, para eso es necesario su ayuda, aquí tengo un cuestionario muy fácil de contestar, solo hay que responder SI o No, de acuerdo a lo que sientan o piensen; este es el cuestionario. Te pido por favor que respondas lo primero que se te ocurra, no te preocupes por lo que contestas, no hay respuestas buenas o malas, simplemente queremos saber que es lo que niños de tu edad piensan o sienten. Muchas gracias.

Una vez terminado el Cuestionario, se le entregó una hoja en blanco y se les dio las siguientes instrucciones: Ahora por favor dibuja una persona completa, una vez que realizó el primer dibujo se anotó el sexo de dicho dibujo, la edad y el orden de realización y se le entregó una hoja más para indicarle esta vez: ahora dibuja una persona del sexo opuesto al que dibujaste en esta hoja, al terminar ambos dibujos se les pidió que escribieran una historia de cada uno de los dibujos y finalmente se realizó la entrevista elaborada a partir de algunos de los adjetivos de la Escala de Autoconcepto de Andrade Palos y algunos de los reactivos del Cuestionario de Autoestima de Coopersmith.

Cuando se cumplió con el número total requerido se calificaron los instrumentos (Cuestionario de Autoestima de Coopersmith y Dibujo de Figura Humana) así como también se analizaron los datos obtenidos de la entrevista para posteriormente realizar la descripción y conclusión con los datos arrojados por los instrumentos.

Capítulo 4.

Resultados.

En este capítulo se muestran los resultados obtenidos tanto de los instrumentos utilizados en esta investigación (Figura Humana de Karen Machover e Inventario de Autoestima de Coopersmith), como de las opiniones que los niños de la muestra (N=25) manifestaron acerca de su autoestima y autoconcepto extraídas a través de las entrevistas anexas a cada uno de los instrumentos

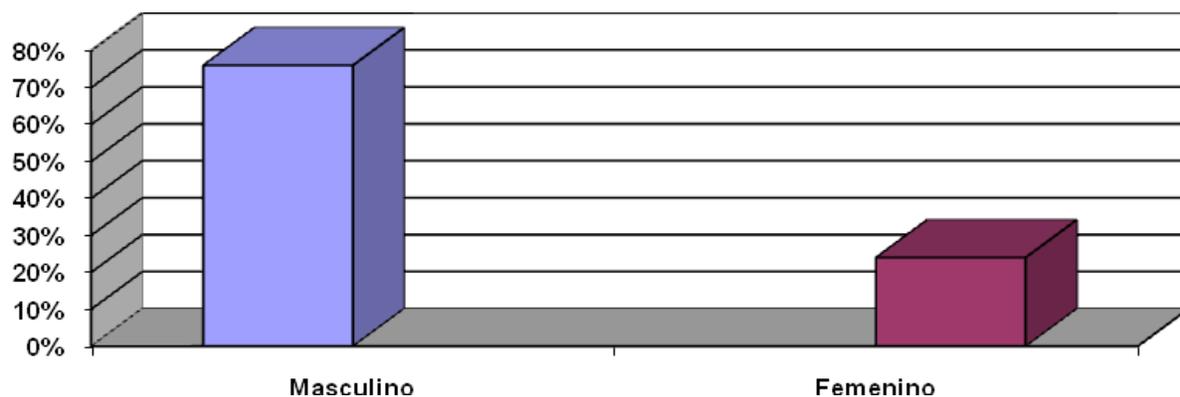
Es necesario recordar que estas entrevistas fueron elaboradas únicamente para conocer las opiniones de las variables estudiadas y que de ningún modo forman parte de la prueba original. La forma en que son presentadas muestra las frecuencias de las opiniones de los niños.

El orden de presentación de estos datos es el siguiente:

- A) VARIABLES DEMOGRÁFICAS.
- B) DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER.
- C) CATEGORÍAS DE LA ENTREVISTA ANEXA A LA PRUEBA DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER.
- D) INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH.
- E) CATEGORÍAS DE LA ENTREVISTA ANEXA AL INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH.

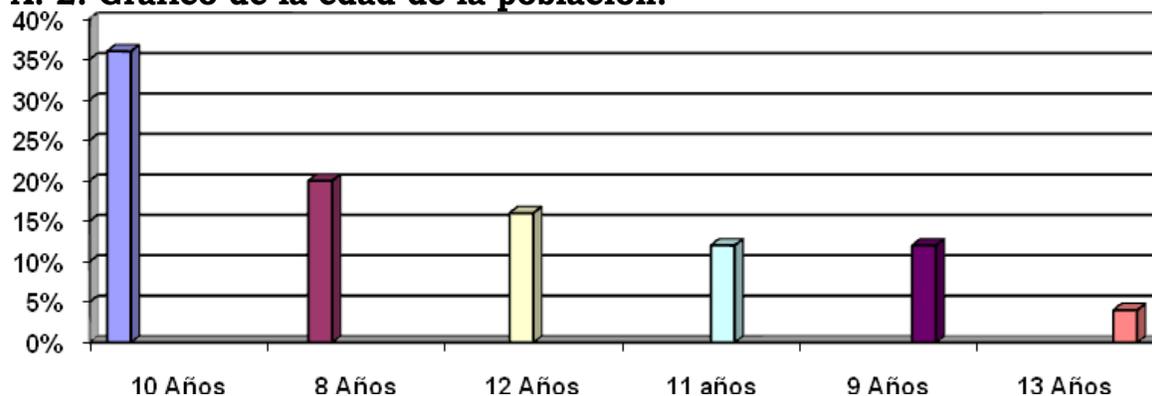
A) VARIABLES DEMOGRÁFICAS

A. 1. Gráfico Sexo de la población.



Como se puede ver el 76% (19 niños) de la muestra correspondió al sexo masculino y el 24% (6 niños) al del sexo femenino.

A. 2. Gráfico de la edad de la población.



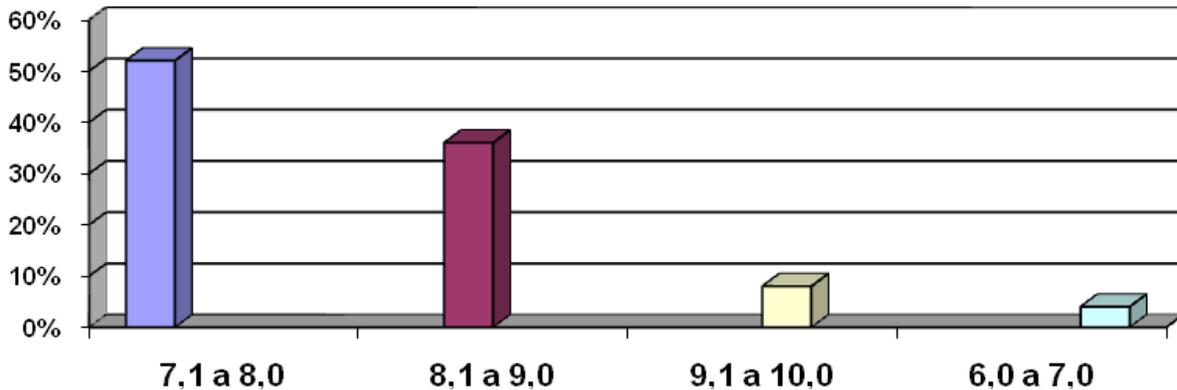
El 36% de la población tiene 10 años, 20% tiene 8 años, 16% tiene 12 años, 12% tiene 11 y 9 años respectivamente y sólo 4% tiene 13 años.

A. 3. Gráfico de la escolaridad de la muestra.



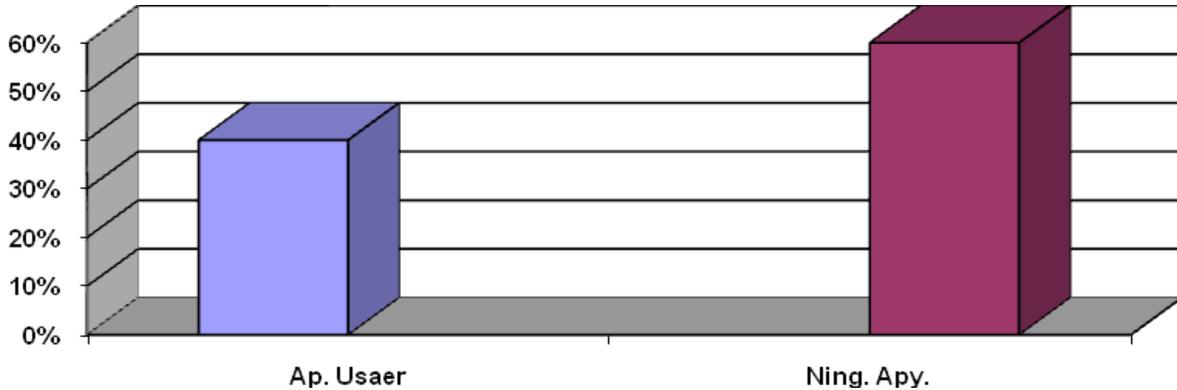
EL 96% de la población (24 niños) estudia la primaria y el 4% restante (1 niño) la secundaria.

A. 4. Gráfico del promedio escolar de la muestra.



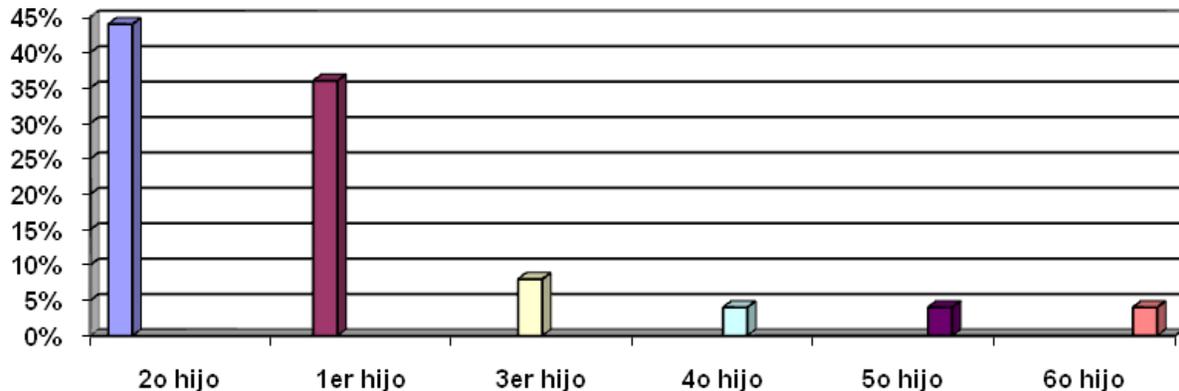
El 52 % de la población tiene un promedio que oscila entre el 7 y el 8 y el 4% de la población tiene un promedio que oscila entre el 6 y el 7.

A. 5. Gráfico de apoyo escolar.



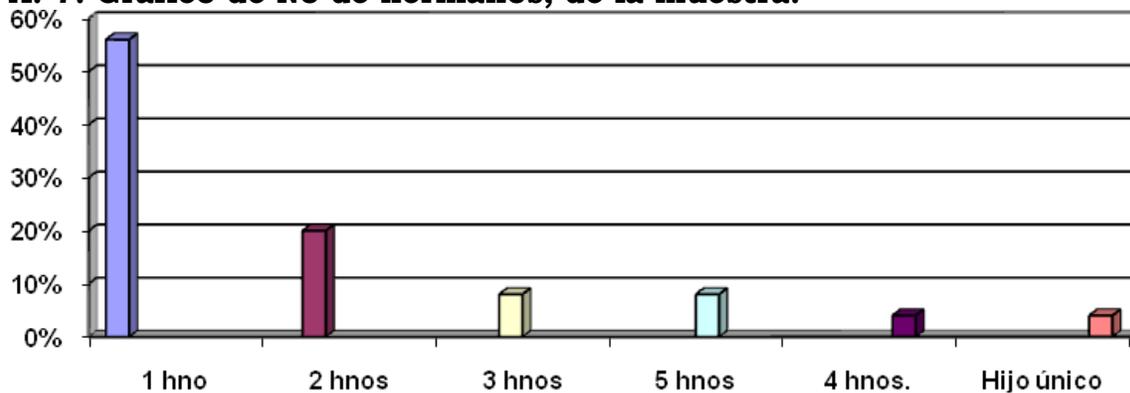
EL 60% de la muestra (15 niños) no cuentan con ningún apoyo psicopedagógico mientras que el 40% (10 niños) reciben apoyo de USAER (Unidad de Servicio de Apoyo a la Educación Regular).

A. 6. Gráfico del orden de nacimiento.



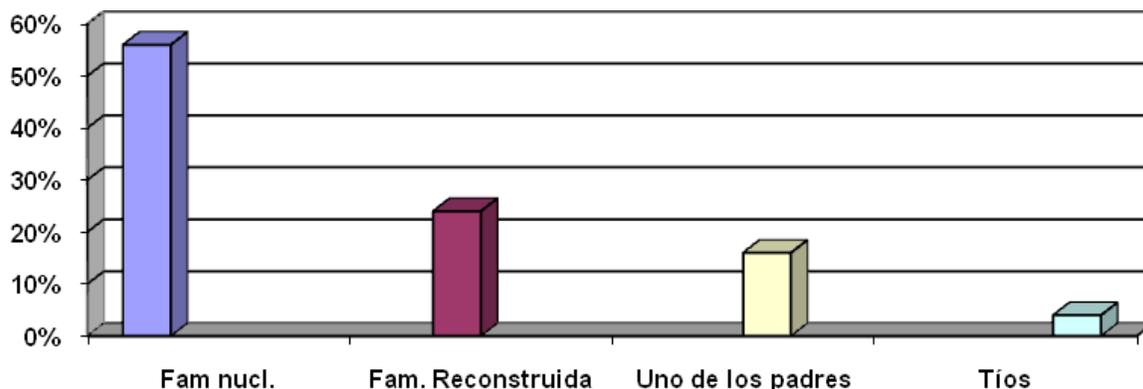
El 44% (11 niños) de los niños de este estudio ocupa el 2º lugar de nacimiento, mientras que el 36% (9 niños) de ellos es el primogénito; existe un 8% que corresponde al tercer hijo, un 4% corresponde al 4º lugar de nacimiento, un 4% más corresponde al 5º lugar de nacimiento y un 4% más al 6º lugar de nacimiento.

A. 7. Gráfico de No de hermanos, de la muestra.



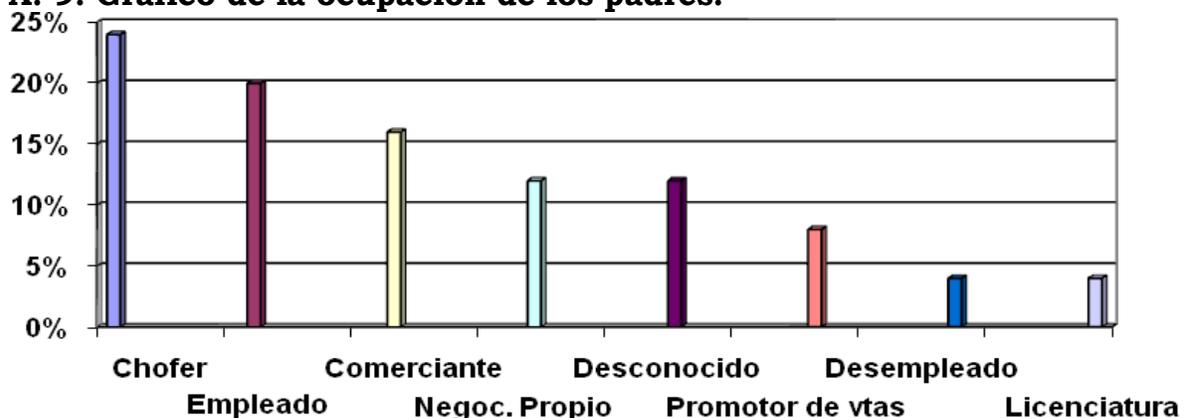
El 56% de la muestra (14 niños) tiene 1 hermano, 20% (5 niños) tiene dos hermanos, 8% (2 niños) tiene tres hermanos, un 8% más tiene cinco hermanos, 4% (1 niño) tiene cuatro hermanos y el 4% final es hijo único.

A. 8. Gráfico de las personas con quien vive el menor



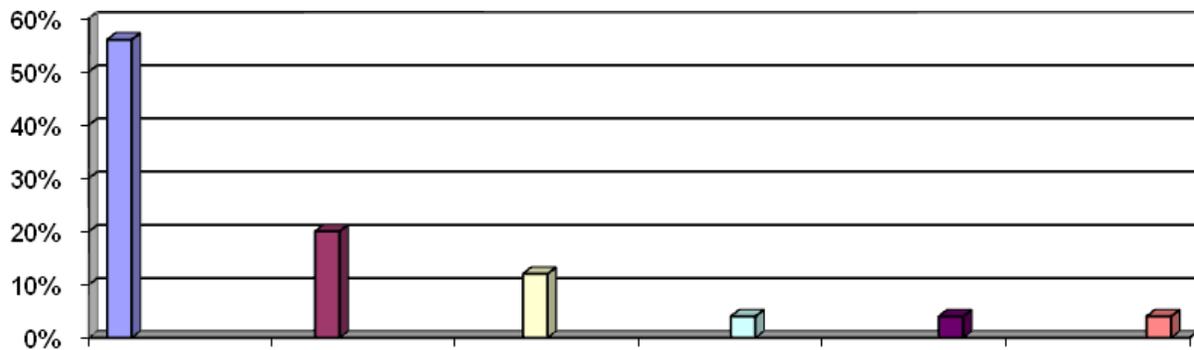
EL 56% (14 niños) de los niños vive en una familia nuclear incluyendo en ella además de los padres y hermanos a alguno de los abuelos, el 24% (6 niños) viven en una familia reconstruida, el 16% (4 niños) vive con uno de los padre y hermanos y el 4%(1 niño) vive con sus tíos.

A. 9. Gráfico de la ocupación de los padres.



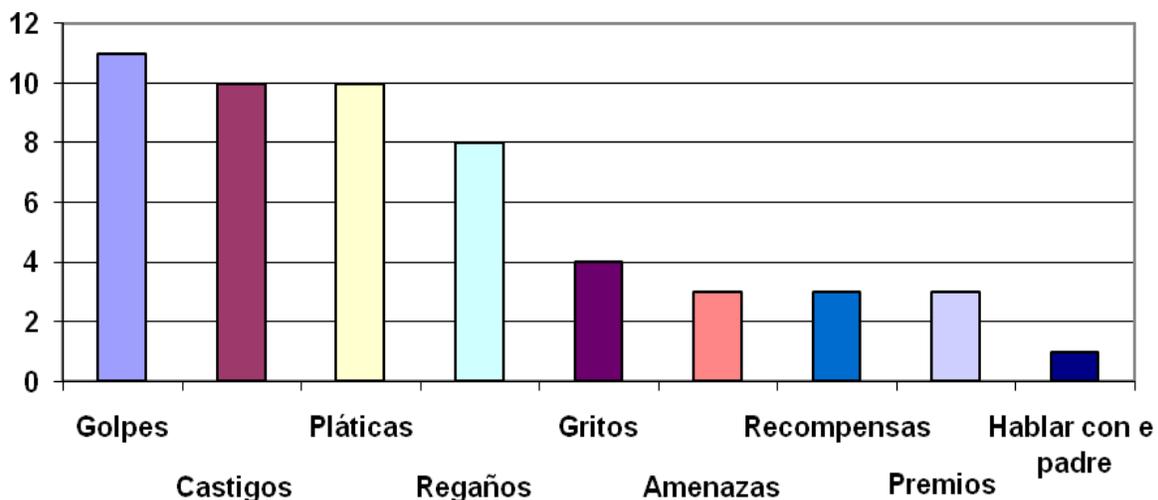
Los padres de los niños de la muestra tienen por ocupación en su mayor porcentaje 24% (6 niños) la de chofer, empleado 20% (5 niños), comerciante 16%, manejar un negocio propio 12% (3 niños), ocupación desconocida 12% (3 niños), promotor de ventas 8% (2 niños), desempleado 4% (1 niño) y carrera universitaria 4% (1 niño).

A. 10. Gráfico de la ocupación de las madres.



Las madres de los niños participantes de la muestra tienen como ocupación en su mayor porcentaje la de ama de casa 56% (14 niños), comerciante 20% (5 niños), empleadas 12% (3 niños), manejo de negocio propio 4% (1 niño), carrera universitaria 4% (1 niño) y trabajo de secretariado 4% (1 niño).

A. 11. Gráfico del uso de disciplina en los menores.



Los métodos disciplinarios más usados son los golpes, los castigos y las pláticas, mientras que el menos usado es hablar con el padre.

A. 12. Gráfico del uso del tiempo libre de los menores en la muestra.



Las actividades más realizadas por los niños de la muestra son las sedentarias como ver la televisión y el juego libre en casa que generalmente involucra juegos de playstations.

B) DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER.

Los datos que se muestran a continuación son los referentes a los indicadores del Dibujo de la Figura Humana de Karen Machover, estos datos están divididos para su mejor estudio y comprensión en **Indicadores estructurales o expresivos, e Indicadores emocionales**, tanto en la primera figura como en la segunda.

B.1. Indicadores del Dibujo de la Figura Humana.

De acuerdo a las características mencionadas se puede decir que los rasgos de la primera y segunda figura son:

Indicadores estructurales: Primera figura			
Tamaño	Normal	20 niños	80%

	Pequeña	5 niños	20%
Presión	Elevada	11 niños	44%
	Firme	11 niños	44%
	Débil	3 niños	12%
Trazos	Rectos	6 niños	24%
	Largos	4 niños	16%
	Cortos	4 niños	16%
	Circulares	4 niños	16%
	Remarcados	3 niños	12%
	Temblorosos	3 niños	12%
	Salientes	1 niño	4%
Simetría		14 niños	56%
Asimetría		11 niños	44%
Desplazamiento	Superior - izquierda	6 niños	24%
	Arriba	6 niños	24%
	Centro	4 niños	16%
	Izquierda	3 niños	12%
	Superior- derecha	3 niños	12%
	Inferior - derecha	2 niños	8%
	Abajo	1 niños	4%
Rigidez		16 niños	64%
Movimiento		9 niños	36%
Distorsión, omisión borraduras	Manos	4 niños	16%
	Cuello	3 niños	12%
	Sin	3 niños	12%
	Brazos	2 niños	8%
	Piernas	2 niños	8%
	Pies	2 niños	8%
	Ojos	2 niños	8%
	Boca	1 niño	4%
	Cuerpo	1 niño	4%
	Cabeza	1 niño	4%

	Orejas	1 niño	4%
	Tronco	1 niño	4%
	Nariz	1 niño	4%
	Cejas	1 niño	4%
Figura no inclinada		16 niños	64%
Figura inclinada		9 niños	36%
Sin detalles		16 niños	64%
Uso de detalles		9 niños	36%
Sin transparencias		23 niños	92%
Transparencias		2 niños	8%

Los indicadores estructurales de la Figura Humana de Karen Machover, con mayor índice de aparición fueron: tamaño normal de la figura en un 80%, presión elevada en un 44%, presión firme en un 44%, trazos rectos en el 24%, simetría en el 56%, desplazamiento en la parte superior izquierda de la hoja en un 24% y en la parte Superior de la hoja en un 24%, rigidez en el 64%, indicios de distorsión, omisión o borraduras en las manos en el 16%, dibujo de figuras no inclinada en un 64%, sin uso de detalles especiales en el 64% y sin transparencias en el 92% de los dibujos realizados por el total de la muestra.

Por otro lado los indicadores estructurales con menor índice de referencia fueron: figura pequeña en un 20%, presión débil en el 12%, trazos salientes en el 4%, asimetría en el 44%, desplazamiento en la parte inferior de la hoja en un 4%, Movimiento en un 36%, distorsión, omisión o borraduras de la boca en un 4%, del cuerpo en un 4%, de la cabeza en un 4%, de la orejas en un 4%, del tronco en un 45, de la nariz en un 4%, de las cejas en un 4%, figura inclinada en el 36%, uso de detalles especiales en un 36%, y uso de transparencias en un 8% de los dibujos realizados por el total de la muestra.

Indicadores emocionales de la 1ª Figura.			
Cabeza	Grande	13 niños	52%

	Pequeña	5 niños	20%
	Desproporcionada	3 niños	12%
	Proporcional	2 niños	8%
	Acentuada	1 niño	4%
	Alargada	1 niño	4%
Ojos	Pequeños	7 niños	28%
	Grandes	6 niños	24%
	Pupilas marcadas	5 niños	20%
	Énfasis	4 niños	16%
	Amenazantes	1 niño	4%
	Ceja levantada	1 niño	4%
	Vacíos	1 niño	4%
Cabello	Sombreado	8 niños	32%
	Sin cabello	7 niños	28%
	Abundante	4 niños	16%
	Rizado	3 niños	12%
	Punky	1 niño	4%
	Desordenado	1 niño	4%
	Parado	1 niño	4%
Boca	Línea torneada hacia arriba	7 niños	28%
	Una línea	6 niños	24%
	Concava receptiva	4 niños	16%
	Sonrisa forzada	3 niños	12%
	Omitida	2 niños	8%
	Mostrando dientes	1 niño	4%
	En forma de arco de cupido	1 niño	4%
	Labios completos	1 niño	4%
Orejas	Sin indicadores especiales	15 niños	60%
	Énfasis	9 niños	36%
	Grandes	1 niño	4%
Cuello	Omitido	8 niños	32%
	Corto	6 niños	24%

	Delgado	5 niños	20%
	Corto y ancho	3 niños	12%
	Largo y delgado	3 niños	12%
Mano	Pequeña	7 niños	28%
	Omisión	5 niños	20%
	Menos de 5 dedos	3 niños	12%
	Grandes	3 niños	12%
	Dedos sin mano	2 niños	8%
	En puño presionando contra el cuerpo	2 niños	8%
	Cuidadosamente articuladas	2 niños	8%
	Una dimensión	1 niño	4%
Brazos	Extendidos en forma horizontal	7 niños	28%
	Largos extendidos	3 niños	12%
	Largos	3 niños	12%
	Pegados al cuerpo	2 niños	8%
	Cortos	2 niños	8%
	Desiguales en longitud	2 niños	8%
	Extendidos fuera del cuerpo	2 niños	8%
	Extendidos en forma mecánica	1 niño	4%
	Una sola dimensión	1 niño	4%
	Delgados	1 niño	4%
	Omitidos	1 niño	4%
Tronco	Sin especificación	6 niños	24%
	Encorsetado	4 niños	16%
	Delgado en el propio sexo	3 niños	12%
	Señalado como la parte superior de dos líneas paralelas	3 niños	12%
	Rigidez	3 niños	12%
	Rigidez	2 niños	8%
	Enfásis en los hombros	1 niño	4%
	Anguloso	1 niño	4%
	Línea vellosa	1 niño	4%

	Remarcado		
Piernas	Delgadas	9 niños	36%
	Cortas	4 niños	16%
	Juntas	3 niños	12%
	Largas	3 niños	12%
	Separadas	2 niños	8%
	Reforzadas	1 niño	4%
	Pequeñas y delgadas	1 niño	4%
	Omitidas	1 niño	4%
	Énfasis	1 niño	4%
Figura acorde al sexo		22 niños	88%
Figura no acorde al sexo		3 niños	12%
Cintura	Sin especificación	21 niños	84%
	Remarcada	4 niños	16%
Pies	Pequeños	14 niños	56%
	Largos	5 niños	20%
	Omitidos	3 niños	12%
	Desiguales en longitud	2 niños	8%
	Enfatizados	1 niño	4%
Ropa	Sin especificaciones	20 niños	80%
	Cuidado al vestir	2 niños	8%
	Botones	1 niño	4%
	zapatos con punta	1 niño	4%
	Broches y aretes	1 niño	4%
Nariz	Sin especificación	22 niños	88%
	Omisión	2 niños	8%
	Redonda	1 niños	4%
Elementos adicionales	Nubes	1 niño	4%
	Firma	1 niño	4%
	Sol	1 niño	4%
	Escudo	1 niño	4%
	Vendo	1 niño	4%

Los Indicadores emocionales de la figura de Karen Machover con mayor índice de aparición fueron: cabeza grande en un 52%, ojos pequeños en un 28%, cabello sombreado 32%, boca en forma de línea torneada hacia arriba en un 28%, orejas - sin indicciones especiales - en un 60%, cuello omitido en un 32%, manos pequeñas en un 28%, brazos extendidos en forma horizontal en un 28%, tronco sin especificaciones especiales en un 24%, piernas delgadas en un 32%, figura acorde al sexo en un 88%, cintura sin especificaciones especiales en un 96%, pies pequeños en un 56%, uso de ropa sin especificaciones especiales en un 80% y nariz sin especificaciones especiales en un 48%.

Por otro lado los indicadores emocionales con menor índice de aparición fueron: cabeza acentuada, alargada en un 4%, ojos amenazantes, vacíos y con ceja levantada en un 4% cada uno, punky, desordenado y pardo en un 4% cada uno, boca mostrando dientes, en forma de arco de cupido y con labios completos en un 4% cada uno, orejas grandes en un 4%, cuello corto y ancho en un 2%, mano en un dimensión en un 4%, brazos en una sola dimensión, extendidos en forma mecánica, delgadas y omitidas en un 4%, tronco anguloso, dibujado con línea vellosa y remarcado en un 4% cada uno, piernas reforzadas, pequeñas y delgadas, omitidas y énfasis en ellas en un 4% cada uno, figura no acorde al sexo en un 12%, cintura remarcada en un 4%, pies enfatizados en un 4%, en ropa presencia de botones, zapatos puntiagudos y aretes y broches en un 4% cada uno, anatomía interna en un 4%, nariz redonda en un 4% y presencia de elementos adicionales como nubes, firma, sol, escudo y animales en un 4% cada uno.

Indicadores estructurales: Segunda figura			
Tamaño	Normal	17 niños	68%

	Pequeña	8 niños	32%
Presión	Firme	13 niños	52%
	Elevada	11 niños	44%
	Débil	1 niño	4%
Trazos	Rectos	7 niños	28%
	Largos	4 niños	16%
	Cortos	4 niños	16%
	Circulares	3 niños	12%
	Remarcados	3 niños	12%
	Salientes	2 niños	8%
	Temblorosos	1 niño	4%
	Verticales	1 niño	4%
Asimetría		13 niños	52%
Simetría		12 niños	48%
Desplazamiento	Arriba	8 niños	32%
	Superior – izquierda	8 niños	32%
	Izquierda	4 niños	16%
	Centro	2 niños	8%
	Superior- derecha	1 niños	4%
	Inferior – derecha	1 niños	4%
	Abajo	1 niño	4%
Rigidez		16 niños	64%
Movimiento		9 niños	36%
Distorsión, omisión y borraduras	Cabeza	5 niños	20%
	Manos	4 niños	16%
	Brazos	3 niños	12%
	Boca	3 niños	12%
	Cuello	2 niños	8%
	Cuerpo	2 niños	8%
	Tronco	2 niños	8%
	Piernas	2 niños	8%
	Pies	1 niño	4%

	Cara	1 niño	4%
Figura no inclinada		14 niños	56%
Figura inclinada		11 niños	44%
Sin detalles		22 niños	88%
Uso de detalles		3 niños	12%
Sin transparencias		24 niños	96%
Transparencias		1 niños	4%

Los indicadores estructurales de la Figura Humana de Karen Machover, en la segunda figura con mayor índice de aparición fueron: tamaño normal de la figura en un 68%, presión firme en un 52%, trazos rectos en el 28%, asimetría en el 52%, desplazamiento en la parte superior izquierda de la hoja en un 32% y en la parte Superior de la hoja en un 32%, rigidez en el 64%, indicios de distorsión, omisión o borraduras en la cabeza en el 20%, dibujo de figuras no inclinada en un 64%, sin uso de detalles especiales en el 88% y sin transparencias en el 96% de los dibujos realizados por el total de la muestra.

Por otro lado los indicadores estructurales con menor índice de referencia fueron: figura pequeña en un 32%, presión débil en el 4%, trazos verticales en el 4%, simetría en el 48%, desplazamiento en la parte inferior de la hoja en un 4%, movimiento en un 36%, distorsión, omisión o borraduras de la cara en un 4%, en los pies en un 4%, figura inclinada en el 44%, uso de detalles especiales en un 12%, y uso de transparencias en un 4% de los dibujos realizados por el total de la muestra.

Indicadores emocionales de la 2ª Figura.			
Cabeza	Grande	13 niños	52%

	Pequeña	4 niños	16%
	Alargada	3 niños	12%
	Proporcional	2 niños	8%
	Borraduras	1 niño	4%
	Acentuada	1 niño	4%
	Sombreada	1 niño	4%
Ojos	Pequeños	12 niños	48%
	Grandes	4 niños	16%
	Pupilas marcadas	3 niños	12%
	Vacíos	2 niños	8%
	Desviados	2 niño	8%
	Cerrados	1 niño	4%
	Ceja levantada	1 niño	4%
Cabello	Sombreado	9 niños	36%
	Abundante	6 niños	24%
	Rizado	5 niños	20%
	Desordenado	1 niños	4%
	Esmero	1 niño	4%
	Sin especificaciones especiales	1 niño	4%
	Ondulado	1 niño	4%
	Poco	i niño	4%
Boca	Una línea	9 niños	36%
	Línea torneada hacia arriba	6 niños	24%
	Sonrisa forzada	3 niños	12%
	Omitida	3 niños	12%
	Mostrando dientes	3 niños	12%
	Concava receptiva	1 niño	4%
Orejas	Sin indicadores especiales	22 niños	88%
	Énfasis	3 niños	12%
Cuello	Omitido	8 niños	32%
	Corto	5 niños	20%
	Delgado	4 niños	20%

	Corto y ancho	2 niños	8%	
	Largo	2 niños	8%	
	Corto y delgado	2 niños	8%	
	Largo y delgado	1 niño	4%	
	Largo y fino	1 niño	4%	
Mano	Pequeña	6 niños	24%	
	Omisión	6 niños	24%	
	Dedos sin mano	4 niños	16%	
	Menos de 5 dedos	1 niño	4%	
	Grandes	1 niños	4%	
	En puño presionando contra el cuerpo	1 niños	4%	
	Cuidadosamente articuladas	1 niños	4%	
	Una dimensión	1 niño	4%	
	Dedos cortos y redondos	1 niño	4%	
	Garra	1 niño	4%	
	Círculos sin dedo	1 niño	4%	
	Abiertas	1 niño	4%	
	Brazos	Extendidos en forma horizontal	8 niños	32%
		Desiguales en longitud	4 niños	16%
Cortos		3 niños	12%	
Largos extendidos		2 niños	8%	
Pegados al cuerpo		2 niños	8%	
Extendidos fuera del cuerpo		2 niños	8%	
Débiles		1 niños	4%	
Débiles y recogidos		1 niño	4%	
Delgados		1 niño	4%	
Omitidos		1 niño	4%	
Tronco		Sin especificación	5 niños	20%
	Señalado como la parte superior de dos líneas paralelas	4 niños	16%	
	Encorsetado	4 niños	16%	

	Remarcado	3 niños	12%
	Énfasis en los hombros	2 niños	8%
	Rigidez	2 niño	8%
	Delgado y corto.	1 niño	4%
	Línea vellosa	1 niño	4%
	Delgado del propio sexo.	1 niño	4%
	Redondo	1 niño	4%
	Hombros inclinados	1 niño	4%
Piernas	Delgadas	10 niños	40%
	Cortas	7 niños	28%
	Juntas	2 niños	8%
	Largas	2 niños	8%
	Pequeñas y delgadas	1 niño	4%
	Omitidas	1 niño	4%
	Énfasis	1 niño	4%
	Débiles	1 niño	4%
Figura no acorde al sexo		22 niños	88%
Figura acorde al sexo		3 niños	12%
Sin anatomía interna		25 niños	100%
Cintura	Sin especificación	25 niños	100%
Pies	Pequeños	10 niños	40%
	Largos	6 niños	24%
	Sin especificación	3 niños	12%
	Omitidos	1 niño	4%
	Sobre línea	1 niño	4%
	Enfatisados	1 niño	4%
Ropa	Sin especificaciones	14 niños	56%
	Forma del Zapato	7 niños	28%
	Botones	1 niño	4%
	Broches y aretes	1 niño	4%
	Cinturón	1 niño	4%
	Bolsillos	1 niño	4%

Los Indicadores emocionales de 2a figura de Karen Machover con mayor índice de aparición fueron: cabeza grande en un 52%, ojos pequeños en un 48%, cabello sombreado 36%, boca en forma de una línea en un 36%, orejas - sin indicaciones especiales - en un 44%, cuello omitido en un 32%, manos pequeñas en un 24% y omitidas en un 24% también, brazos extendidos en forma horizontal en un 32%, tronco sin especificaciones especiales en un 20%, piernas delgadas en un 40%, figura acorde del sexo opuesto en un 88%, cintura sin especificaciones especiales en un 100%, pies pequeños en un 40%, uso de ropa sin especificaciones especiales en un 56% y ausencia de anatomía interna en un 100%.

Por otro lado los indicadores emocionales con menor índice de aparición fueron: cabeza acentuada, sombreada y con borraduras en un 4%, ojos cerrados y con ceja levantada en un 4% cada uno, cabello con esmero, sin especificaciones especiales, desordenado, ondulado y poco en un 4% cada uno, boca cóncava y receptiva en un 4%, énfasis en orejas en un 4%, cuello largo y delgado y delgado y fino en un 4% cada uno, mano en un dimensión, menos de 5 dedos, con dedos cortos y redondos, con el puño presionado contra el cuerpo, cuidadosamente articuladas, en garra, círculos sin dedos, abiertas y grandes en un 4% cada uno, brazos omitidos, débiles, delgados y débiles y recogidos en un 4% cada uno, tronco dibujado con línea vellosa, delgado y corto, delgado en el propio sexo, redondo y hombros inclinados en un 4% cada uno, piernas pequeñas y delgadas, omitidas, débiles y énfasis en ellas en un 4% cada uno, figura acorde al sexo en un 12%, pies enfatizados y sobre un línea en un 4% cada uno, en ropa presencia de botones, aretes y broches, cinturón y bolsillos en un 4% cada uno.

De esta forma con las características ya descritas anteriormente podemos suponer que el autoconcepto de acuerdo al dibujo elaborado por los niños de la muestra y tomando como referencia los elementos emocionales refleja una buena identificación psicosexual ya que el 80% de la población dibujo una figura de su mismo sexo como primer dibujo.

Por otro lado de acuerdo a los indicadores estructurales pareciera ser que es una población equilibrada con una buena percepción de las propias capacidades para poder hacer frente a las demandas ambientales así como también tener un buen nivel de energía. Sin embargo en cuanto al aspecto emocional se encuentran indicadores de dificultades para adaptarse, inseguridad, inestabilidad en general falta de equilibrio tensión interna, por lo que lo anterior pareciera ser una actitud defensiva.

Sin embargo al parecer por el desplazamiento – rasgo estructural- dado a las figuras de la prueba, 24% de los niños de la población expresan necesitar de apoyo y tener sentimientos de metas inalcanzables, así como también buscar en la fantasía la satisfacción a sus necesidades.

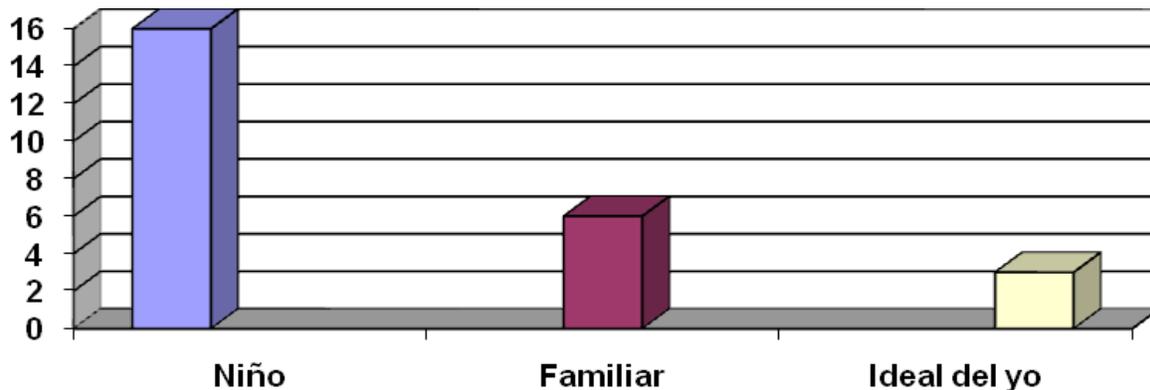
Socialmente y tomando en cuenta los indicadores emocionales se podría pensar en una extrema atención hacia lo que ocurre fuera de ellos, así como también de un contacto superficial con las personas intentando o esforzándose por mostrar una imagen agradable y atractiva, además de un bajo control de impulsos que tiene que ver con el trastorno, lo que puede obstaculizar su habilidad social.

En relación a la percepción de sus capacidades intelectuales existen indicadores de una sobrevaloración de las capacidades intelectuales.

B. 2. Indicadores de la historia de la Figura Humana de Karen Machover.

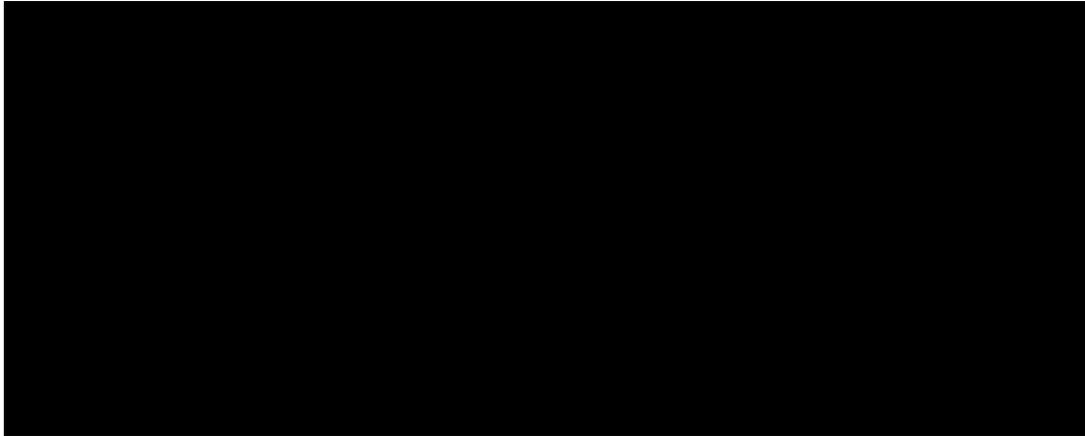
Figura 1.

b. 2. 1. Héroe.



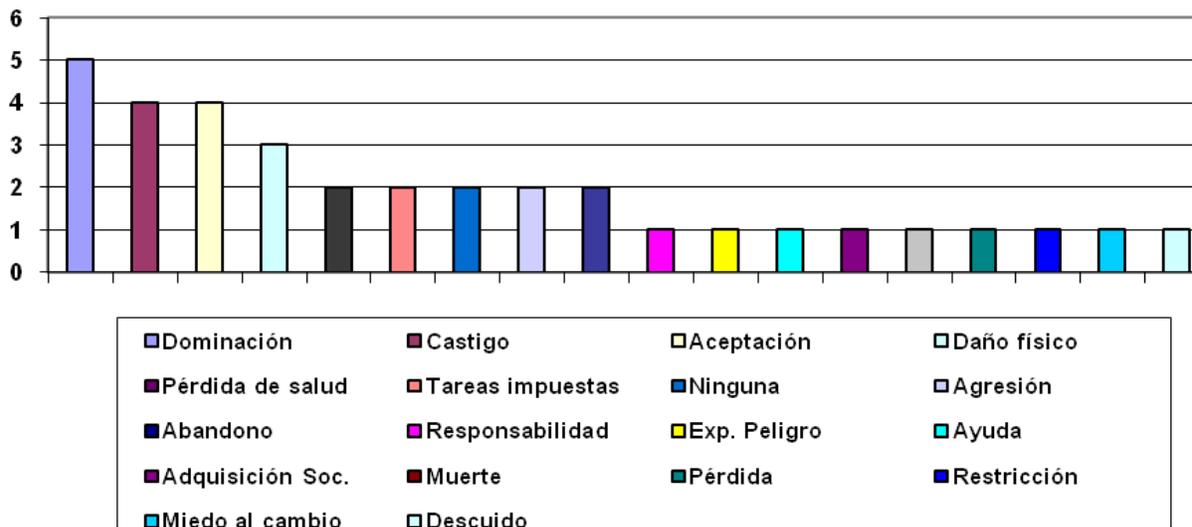
El 64% de los niños se mostró héroe o protagonista de la historia, 24% presentó a un familiar y 12% reflejo el ideal del yo en las características del héroe.

b. 2. 2. Necesidades del Héroe.



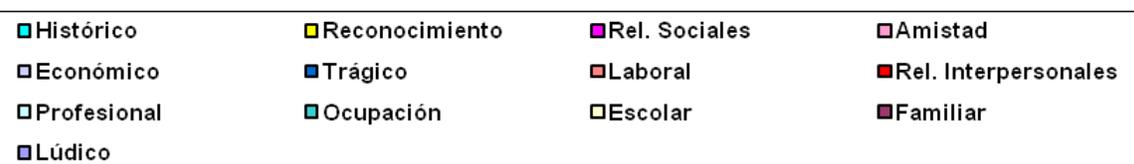
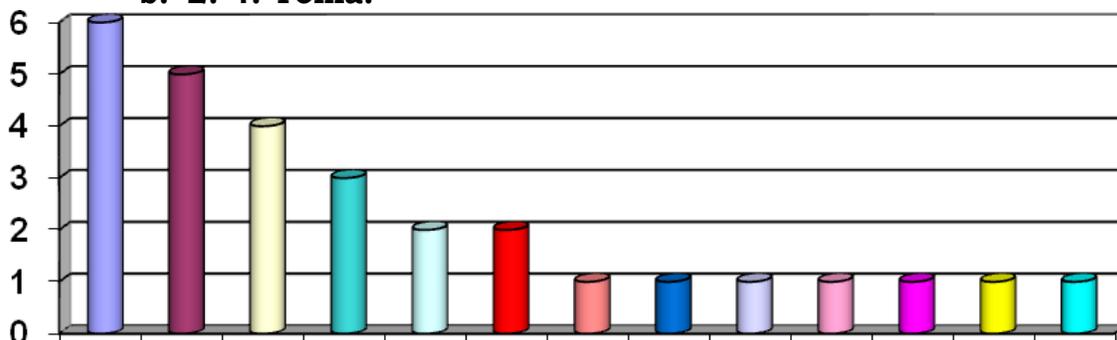
En las historias los niños presentan con un mayor porcentaje de aparición, a un héroe con necesidades de afiliación y reconocimiento (28%), seguido de recreación (20%), aceptación y ayuda (12%), protección y juego (8%) y con un menor porcentaje de aparición necesidades de agresión, autonomía, logro, evitación de culpa y adquisición de bienes (4%).

b. 2 .3. Presiones del héroe.



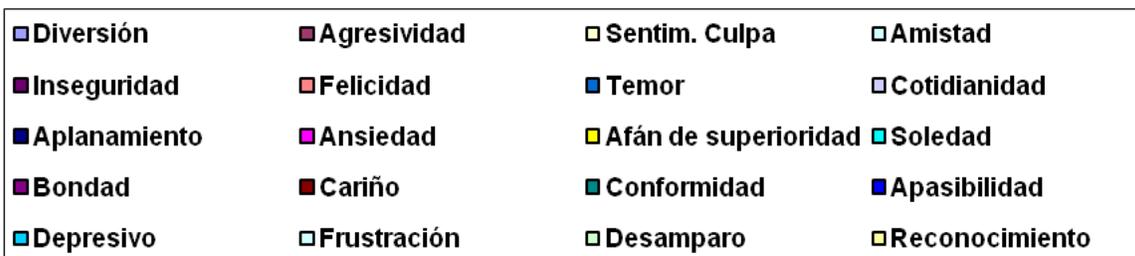
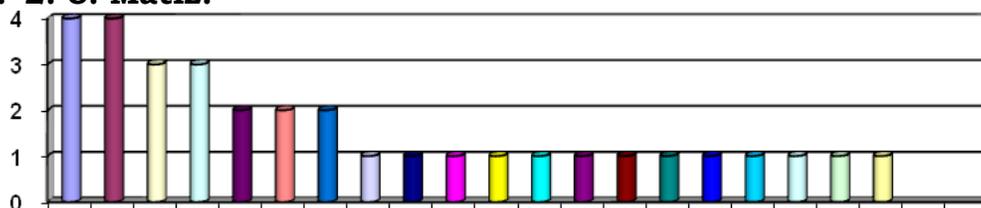
Las presiones ambientales que muestran los niños en sus historias son en su frecuencia más alta de dominación, seguido de castigo, aceptación, daño físico, pérdida de la salud, tareas impuestas, ninguna, agresión y abandono, mientras que las más bajas fueron de responsabilidad, exposición al peligro, ayuda, adquisición social, muerte, pérdida, restricción, miedo al cambio y descuido.

b. 2. 4. Tema.



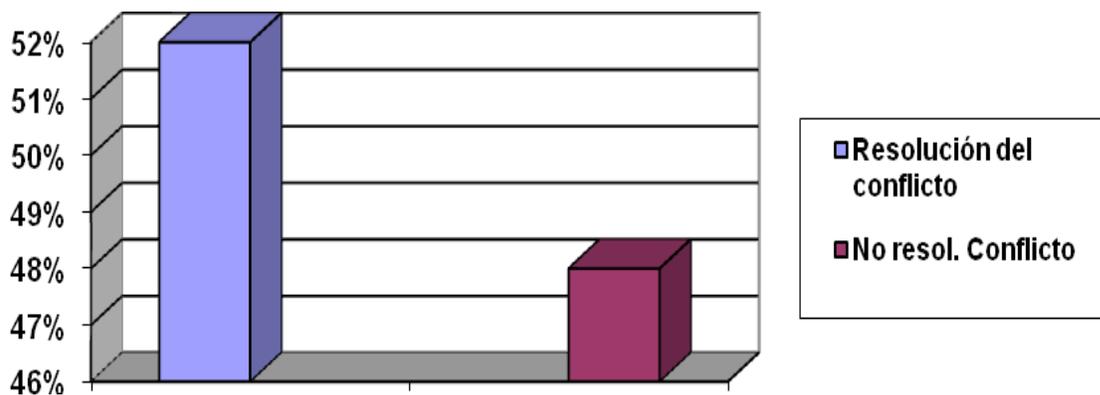
El tema de mayor predominancia fue el lúdico, seguido del familiar, y del escolar; mientras que los de menor frecuencia fueron laboral, trágico, económico, amistad, relaciones sociales, reconocimiento e histórico.

b. 2. 5. Matiz.



El matiz afectivo que los niños otorgaron a sus historias fue en su mayor frecuencia el de diversión seguido por el de agresividad mientras que los matices de menor frecuencia fueron cotidianidad, aplanamiento, ansiedad, afán de superioridad, soledad, bondad, cariño, conformidad, apacibilidad, depresivo, frustración, desamparo y reconocimiento.

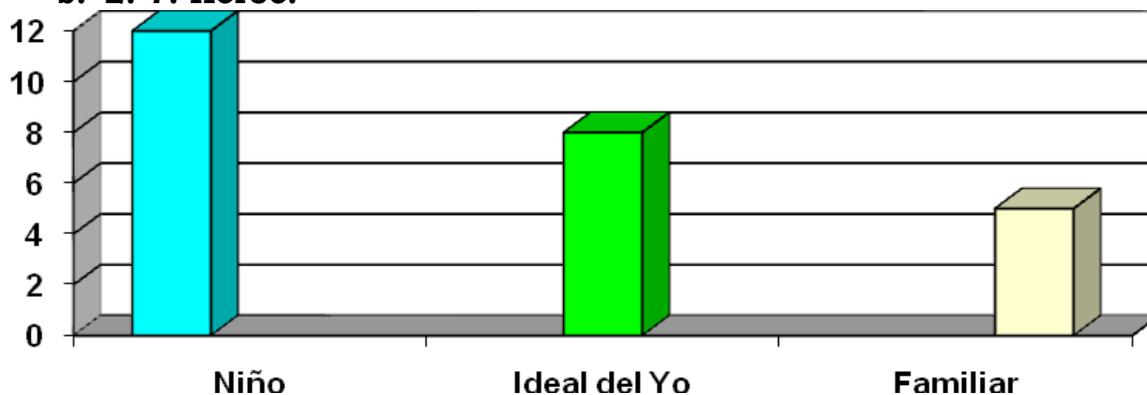
b. 2. 6. Desenlace.



El 52% del total de la población estudiada pudo resolver el conflicto planteado en la historia elaborada, mientras que el 48% restante no pudo resolver el conflicto planteado al héroe en la historia.

Figura 2.

b. 2. 7. Héroe.



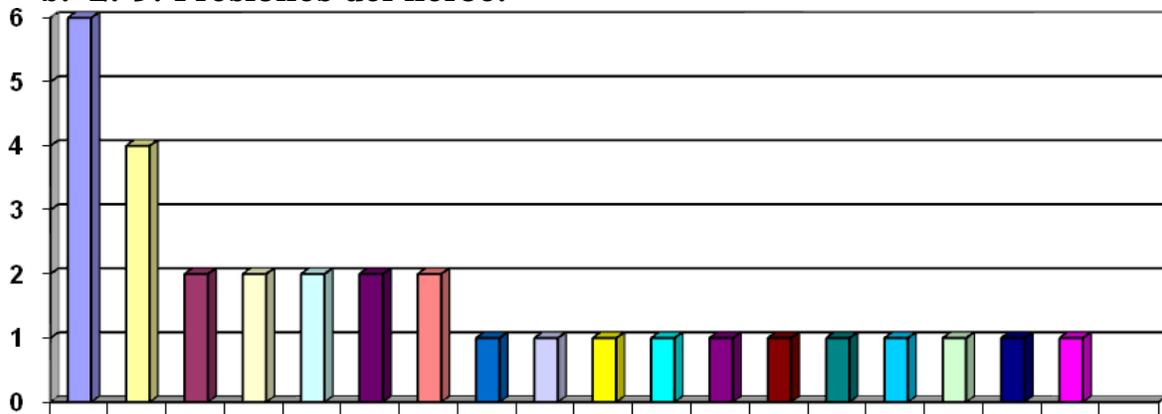
Los niños siguen siendo los protagonistas de sus historias en un 48%, mientras que 32% de los niños coloca en el héroe características de su ideal y 20% elige un familiar para ser héroe de su historia.

b. 2. 8. Necesidades del Héroe.



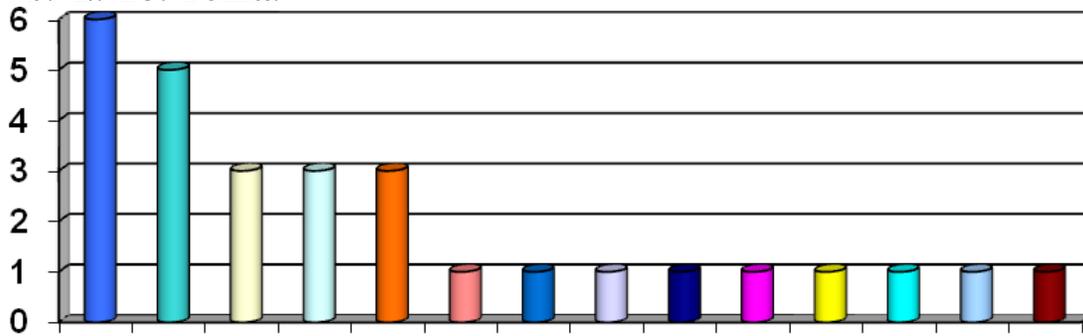
La necesidad del protagonista de la historia más mencionada es la de recreación seguida de reconocimiento, mientras que las menos presentadas fueron laboral, aceptación, ninguna, autonomía, contención, realización personal y adquisición.

b. 2. 9. Presiones del héroe.



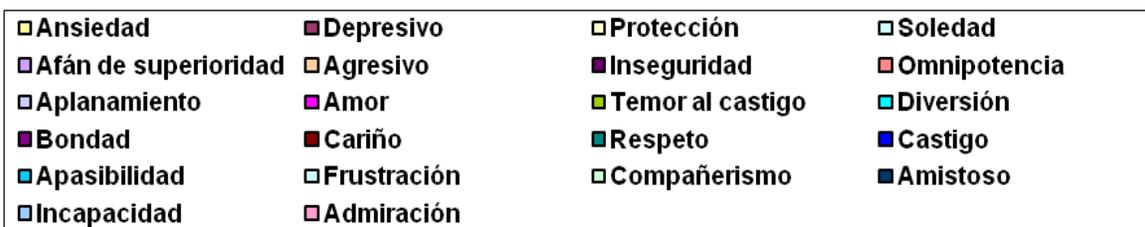
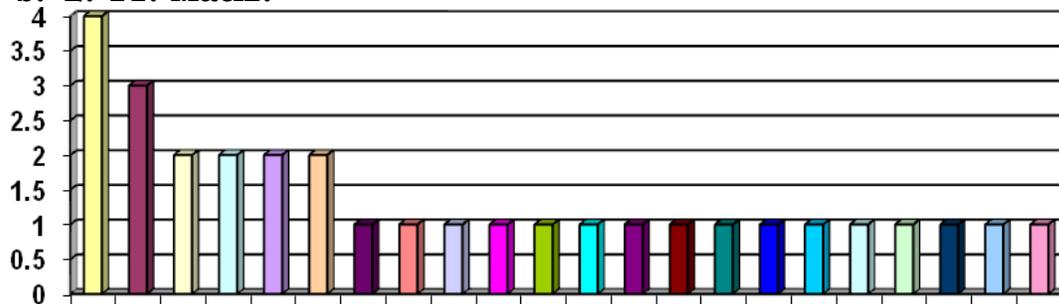
En la segunda historia la presión ambiental que predomina en las historias es de castigo, seguida de tareas impuestas mientras que las de menor frecuencia son dominación, protección, responsabilidad, daño físico, pérdida de salud, adquisición social, abandono, soledad, restricción, monotonía e incomodidad.

b. 2. 10. Tema.



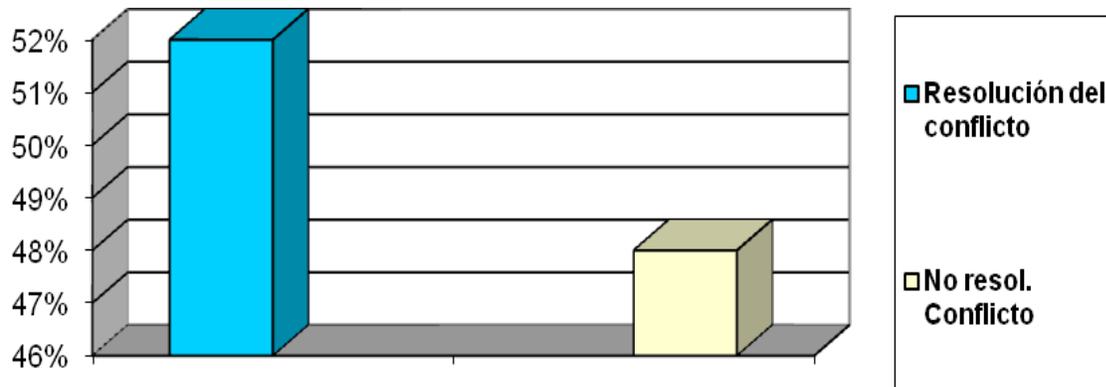
El tema de mayor frecuencia fue el lúdico seguido del familiar, mientras que los menos mencionados fueron relaciones interpersonales, amoroso, asesinato, económico, características físicas, monótono, amistad, afectivo y castigo.

b. 2. 11. Matiz.



El matiz afectivo más presentado en las historias de los niños fue de ansiedad, seguido del depresivo, mientras que los matices con menor frecuencia de presentación fueron inseguridad, omnipotencia, aplanamiento, amor, temor al castigo, diversión, castigo, cariño, respeto, compañerismo, amistoso, incapacidad y admiración.

b. 2. 12. Desenlace.



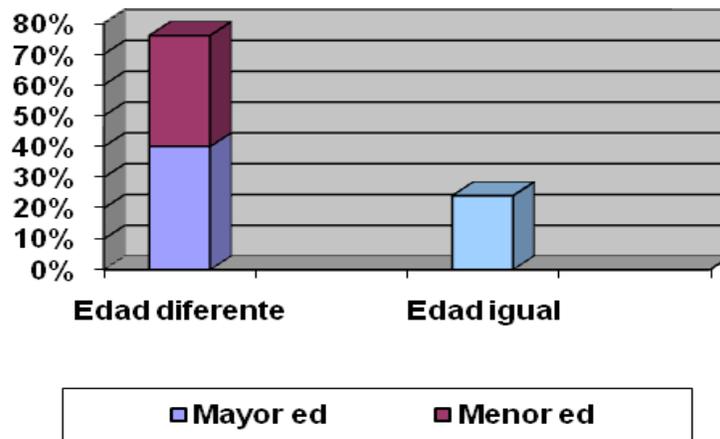
Del total de la muestra el 52% planteo historias en donde pudo dar soluciones a las problemáticas planteadas y 48% elaboro historias en donde no se plantearon respuestas a sus conflictos.

C) CATEGORÍAS DEL CUESTIONARIO DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER.

Las siguientes categorías se utilizaron únicamente con fines estadísticos, para identificar y describir las representaciones que los niños hacen de su autoconcepto utilizando un cuestionario anexo a través del dibujo de la figura humana de Karen Machover.

c) 1. ¿Qué edad tiene el dibujo representado por los niños?

Del número total de niños que se investigaron (N=25), el 76% (19 niños) representó en sus dibujos a figuras de edad diferente a la suya, el 40% (10 niños) dibujó un niño de mayor edad y el 36% restante (9 niños) un dibujo de menor edad en comparación con la edad de los propios niños. El otro 24% (6 niños) dibujó figuras de edad similar a la suya.



c) 2. ¿Qué sexo tiene el dibujo representado por los niños?

En relación con el sexo dibujado el 88% (22 niños) dibujó la primera figura con el mismo sexo del niño. El 12% (3 niños) restante inició con un dibujo del sexo opuesto al suyo, siendo la mayoría mujeres (2 niños) quienes dibujan hombres como primera figura; de un total de 25 sujetos investigados.

Mismo sexo 88%

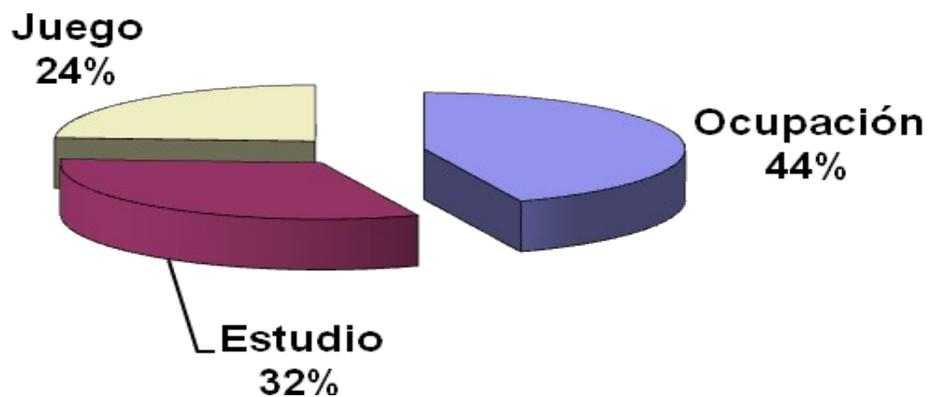
Sexo diferente 12%

Mujeres 8%

Hombres 4%

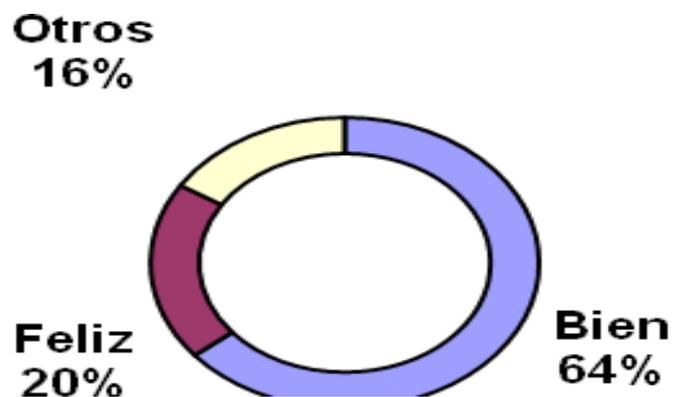
c) 3. ¿A qué se dedica el dibujo representado por los niños?

Del número total de la muestra que se investigó (N=25) el 44% (11 niños) dijo en sus entrevistas que sus figuras tienen alguna ocupación esta va de un oficio hasta una profesión; el 32% (8 niños) dijo estudiar y el 24% (6 niños) dedicarse a jugar.



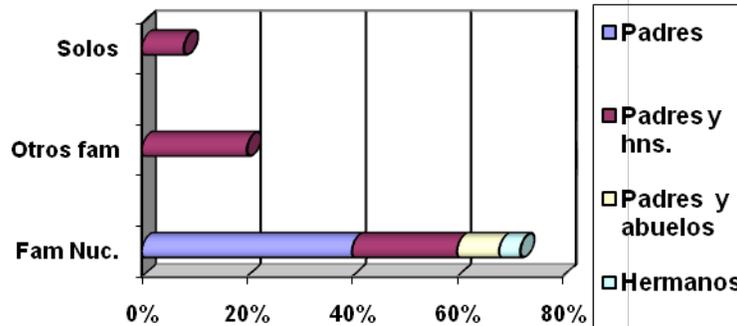
c) 4. ¿Cómo se siente el dibujo representado por los niños?

El 64% (16 niños) de los niños mencionó que sus dibujos se sentían bien, el 20% (5 niños) feliz y el 16% (4 niños) mencionó otros sentimientos, de un total de 25 sujetos investigados.



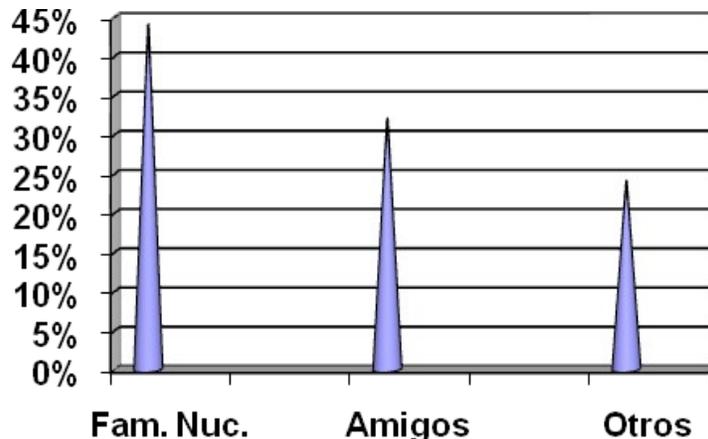
c) 5. ¿Con quien viven los dibujos representados por los niños?

Al preguntar con quien vivía su dibujo el 72% (18 niños) respondió que con su familia nuclear de ahí se desprende que el 40% (10 niños) vivía con sus padres, 20% (5 niños) vivía con sus padres y hermanos, 8% (2 niños) vivía con sus padres y abuelos y el 4% (1 niño) vivía con sus hermanos; el 20% (5 niños) respondió que vivía con otros familiares u otras personas y el 8% (2 niños) que vivía solo, esto de un total de 25 sujetos participantes en la investigación.



c) 6. ¿Con quien se lleva mejor el dibujo representado por los niños?

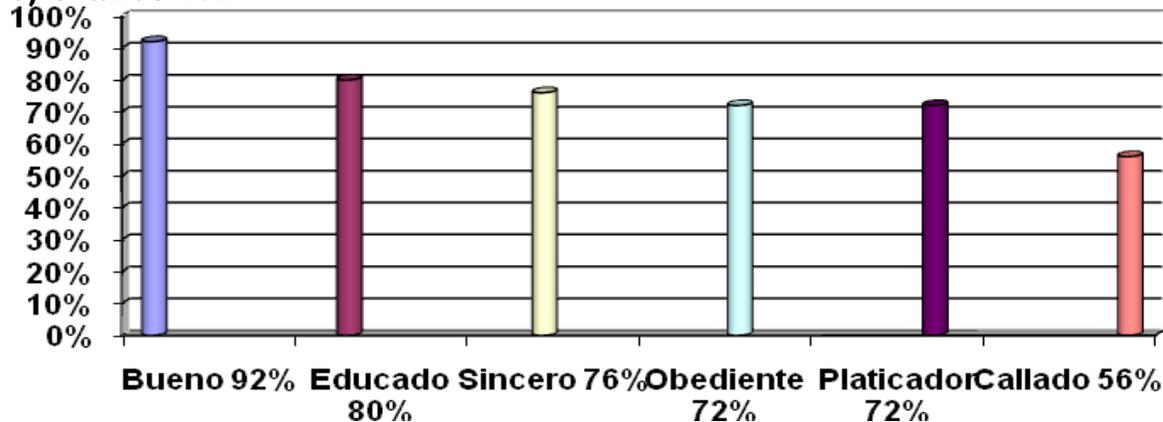
En cuanto a la interacción familiar más relevante el 44% (11 niños) contestó que es con su familia nuclear, siendo los padres los de mayor preponderancia, 32% (8 niños) dijo que con los amigos y 24% (6 niños) mencionó a otros en donde resaltó la aparición de animales como objetos de mejor relación, esto de un total de 25 niños participantes en la investigación.



La siguiente información muestra el autoconcepto en las diferentes áreas investigadas a través del cuestionario anexo al dibujo de la figura humana:

Características mencionadas en el área de **autoconcepto en relación a la interacción con los padres**, obtenidas del cuestionario anexo a la Figura Humana de K. M.:

c) Grafico 7.1



Las razones que dan los niños para ser buenos con sus padres son: los padres se preocupan por ellos 44%, los niños hacen cosas por los padres 32%, por el temor al castigo 8% y por su carácter 8%.

Al preguntar cuando son más educados, el 24% mencionaron serlo siempre, el 20% cuando está acompañado, el 12% dijo ser educado al obedecer. El 12% dio razones diversas, el 8% cuando está alegre y el 4% restante no contestó.

Los niños que manifestaron ser sinceros, dijeron serlo al decir la verdad 40%, por otras razones 28%, por platicar 4% y no contestó 4%.

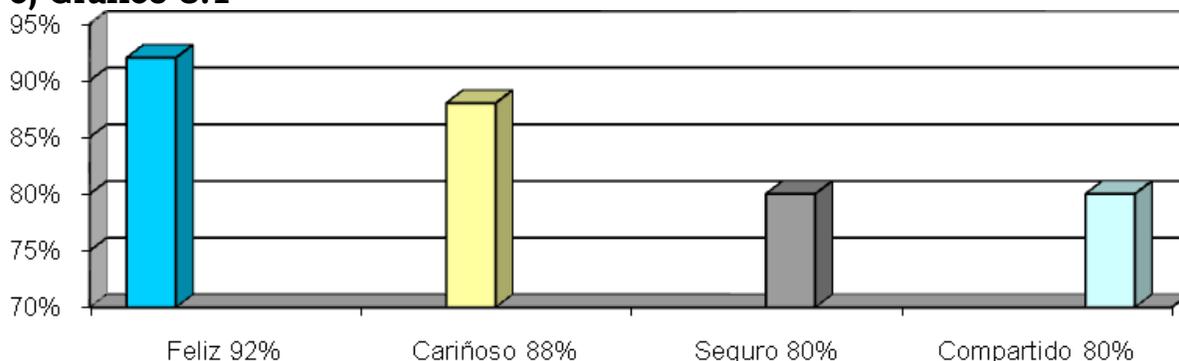
El 28 % de los niños que dijeron obedecer a sus padres fue por que les ordenaban, el 24% dijo obedecer siempre, el 12% mencionó algún estado de animo como factor para obedecer y el 4% dijo hacerlo al realizar sus labores escolares.

El 64% de los niños que dijo ser platicador, reitero serlo con sus padres, mientras que el 8% dijo serlo con otras personas.

El 24% de los niños mencionó ser calmado con sus padres por no decirles groserías, el 12 % por temor a ser castigado, el 12% opinó no saber y el 8% final dio diversas razones.

Características mencionadas en el área de **autoconcepto afectivo**, obtenidas del cuestionario anexo a la Figura Humana de K. M.:

c) Gráfico 8.1



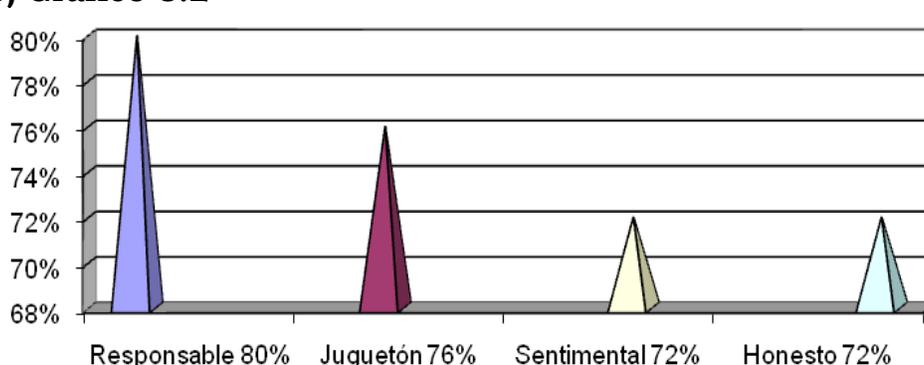
Del 92% que manifestó ser feliz; el 44% dijo serlo por la cercanía emocional que existe con la familia, el 24% dijo serlo por satisfacción personal, el 16% por contar con objetos materiales y el 4% dio razones diversas.

La demostración de cariño se distribuyó así: 64% es más cariñoso con la familia nuclear (ambos padres 28%, papá 16% y mamá 16%), el 16% con varias personas y el 8% con amigos.

Del 80% que se describió como seguro de sí mismo, el 40% atribuyó esa seguridad a él, el 20% dijo que la percepción de seguridad en él dependía de otros (8% de padres y hermanos, 4% de padres, 4% de familia y 4% de otras personas), el 16% dijo siempre ser seguro y el 4% dio diversa razones.

Como respuesta a con que es compartido el 49% expuso que con recursos materiales, 20% con la familia y 20% más dio diversas razones.

c) Gráfico 8.2



Las razones que dieron los niños para ser responsables se encuentran distribuidas así: el 60% dijo ser responsable al hacerse cargo de sus cosas, el 8% al ayudar a otros y el 8% faltante no respondió.

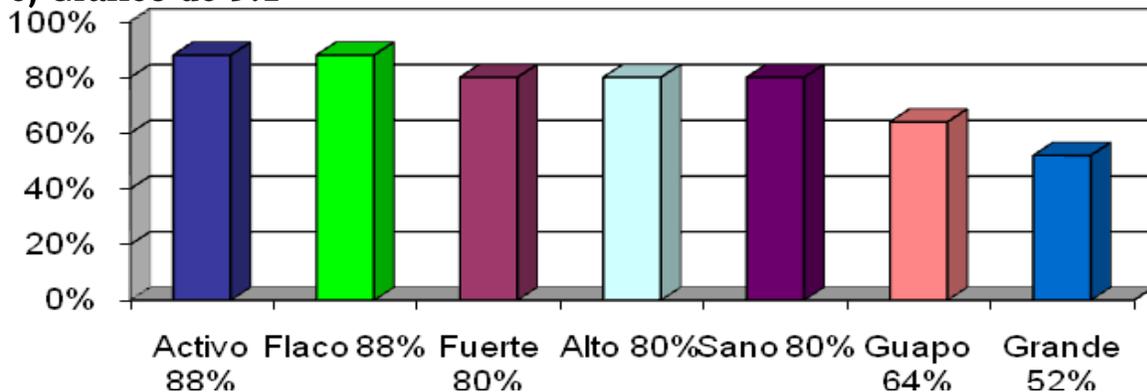
Del 76%, los niños respondieron ser juguetones por jugar con otros niños 32%, usar juguetes 28%, sentirse bien 8% y otras razones 8%.

Entre las razones que los niños dan para ser sensibles el 36% opinó a la expresión de sentimientos positivos, como el amor 16%, el llorar 12%, alegría 4% y diversión 4%; el 24% la expresión de sentimientos negativos, como enojo 12%, tristeza 8% y aflicción 4% y el 12% restante mencionó no saber.

Del 72% que mencionó ser honesto, el 28% dio como razón decir la verdad en todo, el 24% solo es honesto en los juegos, el 12% con el dinero y el 8% en diversas situaciones.

Características mencionadas del **autoconcepto personal**, obtenidas del cuestionario anexo a la Figura Humana de K. M.:

c) Gráfico de 9.1



Del 88% que eligió ser activo, 36% dijo poder hacer más cosas, 36% dijo sentirse bien, 16% no contestó y 4% sentirse mal.

Los sentimientos experimentados por el porcentaje que dijo ser delgado son de bienestar general 40%, de mayor agilidad 20% de estética 12% y otros 12%.

Los niños que dijeron ser físicamente fuertes se sienten alegres 44%, con más habilidades 32% y otras respuestas 4%.

Del 80% de los niños altos; el 36% dijo sentirse bien, el 32% dijo contar con más habilidades, 8% más dijo ser más hábil en el juego y el 4% restante no contestó.

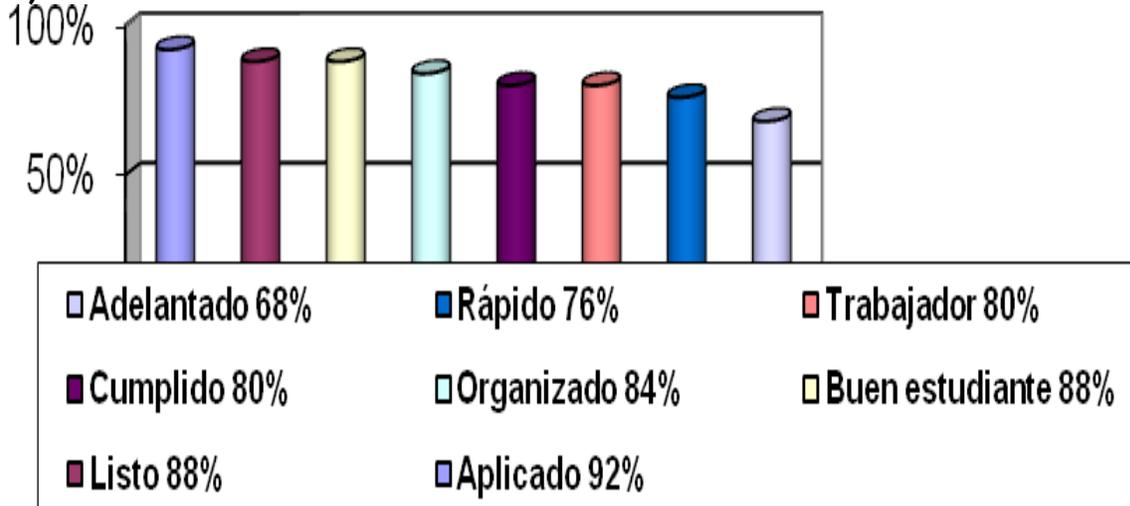
Entre las respuestas dadas por el 80% de la muestra que dijo ser sana, el 40% expreso sentirse bien, con agrado por no enfermarse, el 24% expreso sentirse invulnerable y el 16% dio otras respuestas.

Del 64% que dijo ser guapo físicamente, el 32% dijo sentirse bien, el 16% con mayores herramientas sociales y el 16% restante no contesto.

El 52% descrito como grande se siente bien 40%, el 8% dio varias opciones y el 4% final dijo sentirse con mayor libertad para actuar.

Características mencionadas del **autoconcepto académico**, obtenidas del cuestionario anexo a la Figura Humana de K. M.:

c) Gráfico 10.1



El ser aplicado provocó en el 56% bienestar, en el 12% confianza en el futuro, en otro 12% diversos sentimientos y 8% dijo no saber.

De las razones dadas para ser listo el 32% recalco ser buen estudiante, el 28% saber hacer las cosas, el 20% no saber y el 8% que otros le enseñan.

Del 88% de los niños considerados buenos estudiantes, dicen serlo por trabajar activamente en la escuela 44%, el 16% dio diversas razones, el 20% dijo serlo por estudiar y 8% por tener un estado de ánimo positivo.

Los niños dijeron organizarse mejor de manera grupal 40%, individual 24%, bien 8% y 12% no contesto.

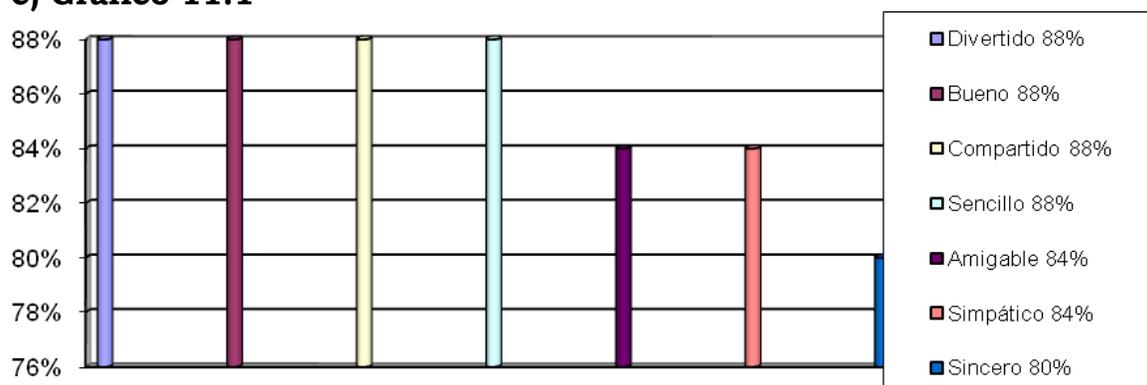
De las razones que los niños dan para ser cumplidos están: entregar las cosas 56%, recibir ayuda de otros 8%, sentirse bien 8% y no saber 8%.

Los niños dan como razones para ser trabajadores saber hacer las cosas en un 24%, obtener recompensas (buenas calificaciones 8% y felicitaciones 4%), por que lo mandan 12%, 8% por gustarle la escuela, 8% da diversas razones y el 16% restante no contestó.

El 44% de los niños opinó trabajar rápido por el esfuerzo que ellos mismos hacen mientras que el 32% restante dijo depender de las acciones o reacciones de otros.

Los niños consideraron adelantarse en las materias 40%, 12% en las tareas, 12% en otras actividades y 4% no responde. Características mencionadas del **autoconcepto social**, obtenidas del cuestionario anexo a la Figura Humana de K. M.:

c) Gráfico 11.1



Lo que el 88% hace para divertirse se expresó en jugar 44%, salir 28% y otras actividades 16%.

El 24% de los niños dijo ser bueno con sus amigos al jugar, el 28% siempre, el 16% por no molestar, el 12% dio varias razones y el 8% no contestó.

Lo que comparte el 88% de los niños es juguetes en un 28%, cosas en general en un 20%, comida en un 16%, 16% más dio diversas respuestas, 4% amistad y 4% más no contestó.

Los niños manifestaron ser sencillos cuando son cordiales 36% se portan bien 12%, siempre 12%, un 12% más dio diversas razones y un 16% más no contestó.

El jugar en un 28%, la forma en como son en un 16%, el tener mas amigos en un 12% y otras razones en un 8%; los hace ser amigables; mientras el

16% no sabe y el 4% no contesto; fueron las respuestas dadas a la pregunta que los hacer amigables.

Lo que hace ser simpático para un 36% de los niños es jugar, para un 28% hacer amigos, el 16% solo dice serlo en ocasiones y el 4% restante no contestó.

Los niños del 80% que consideraron ser sinceros, dicen serlo en un 28% por diversas razones, en un 16% por decir la verdad, en un 8% por contar con su confianza, en 8% por miedo a perder la amistad, en un 8% por decir lo que siente, en un 8% por características propias y un 4% no contestó.

El reporte anterior corresponde a las respuestas dadas por el número total de la muestra con respecto a la entrevista complementaria del Dibujo de la figura Humana de Karen Machover, para conocer las representaciones del autoconcepto hechas por los niños.

D. DATOS DEL INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH.

Los siguientes datos resumen la información obtenida del Inventario de Autoestima de Coopersmith.

D. 1 Tabla de la base de datos de la muestra

	Auto. Total	Auto. Soc.	Auto. Esc.	Auto. Personal	Auto. Hogar
Media	70.08	10.48	12.4	36.48	11.44
Mediana	72	10	14	36	12
Moda	78	10	14	36	10
Desv. Est.	10.15	2.53	3.21	4.33	3.18

Tabla 1. Se observa que de acuerdo a los estándares de interpretación del Inventario, tanto la Autoestima total como las diferentes subescalas del Inventario indican una Autoestima alta en los niños que conformaron la muestra de la investigación.

D. 2 Tabla de correlaciones entre los subtest del Inventario de Autoestima de Coopersmith.

Correlación	Resultado
Aut. Total y Aut. Soc.	0.74930514
Aut. Total y Aut. Esc.	0.59112785
Aut. Total y Aut. Personal	0.82879015
Aut. Total y Aut. Hogar	0.28954464
Aut. Soc. y Aut. Escolar	0.40494947
Aut. Soc. y Aut. Personal	0.47904514
Aut. Soc. y Aut. Hogar	0.01401629
Aut. Esc y Aut. Personal	0.2370158
Aut. Esc. Y Aut. Hogar	-0.10728545
Aut. Personal y Aut. Hogar	0.45458132

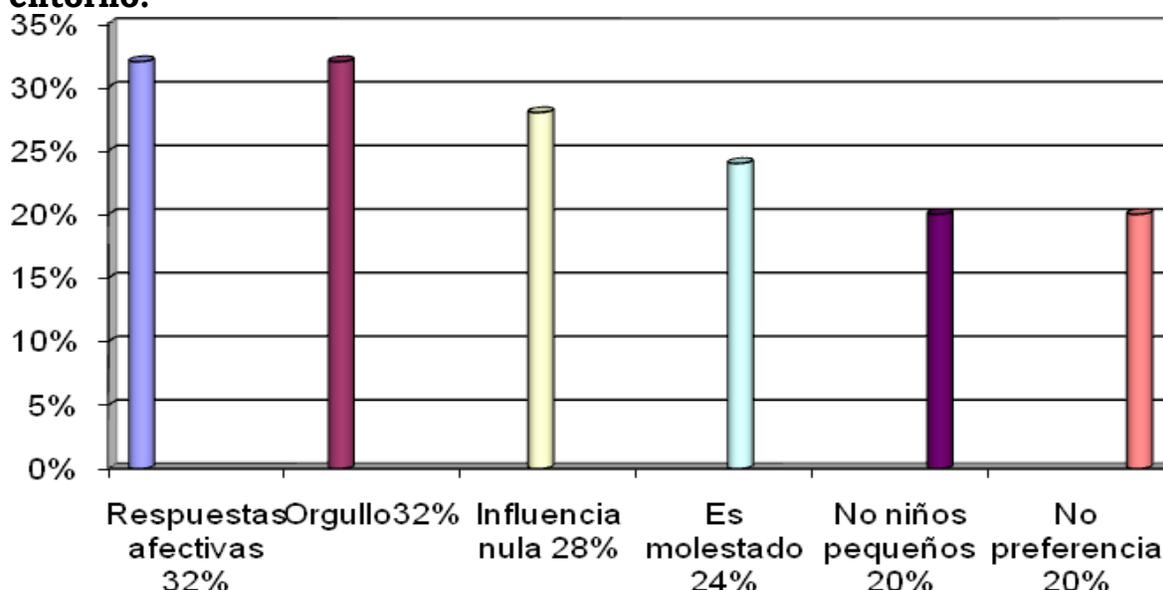
Tabla 2. La tabla expone las correlaciones hechas entre los subtest del Inventario de Autoestima de Coopersmith, observándose únicamente correlación estadísticamente significativa entre la Autoestima total y la subescala de Autoestima Social del Inventario, así como entre la Autoestima Total y la subescala de Autoestima Personal del Inventario. Lo que significa que ante un aumento o decremento de los subtest de Autoestima total el subtest de Autoestima Social también aumenta o decrementa, de la misma forma ante un aumento o decremento del subtest de Autoestima Total el subtest de Autoestima Personal también aumenta o disminuye.

El resto de las diferentes combinaciones entre las subescalas no muestran datos de correlación.

E. CATEGORÍAS DEL CUESTIONARIO ANEXO AL INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH.

Características mencionadas en el área del **Autoestima social** obtenidas del cuestionario anexo al Inventario de Autoestima de Coopersmith.

e) 1.1 Gráfico en relación a la interacción personal del niño con el entorno.

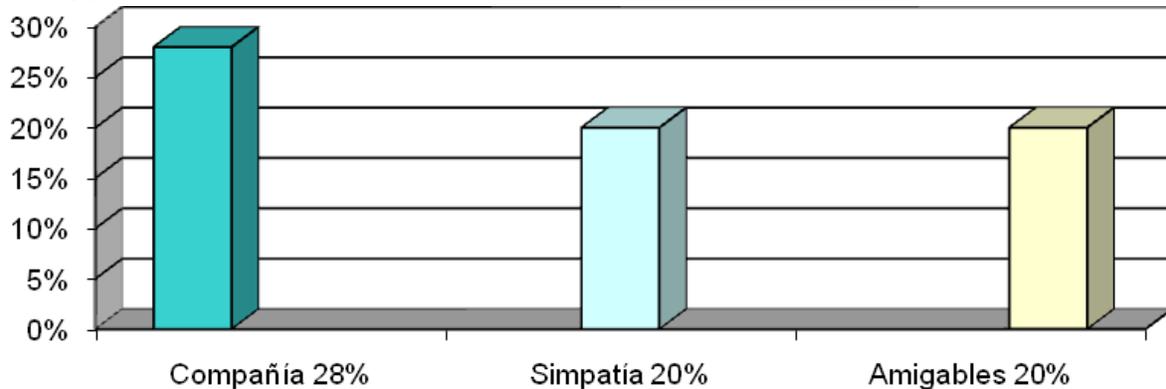


Dentro del área social y en relación a la interacción interpersonal los niños otorgan importancia a la capacidad para dar respuestas afectivas (32%), mencionaron así mismo sentirse orgullosos cuando sus compañeros los eligen para jugar (32%) y no preferir jugar con niños mas pequeños que ellos (20%).

Sin embargo los niños (28%) dijeron no influir en las conductas de sus contemporáneos debido a que no hacen propuestas atractivas o que hacen propuestas que impliquen conductas desadaptativas, así mismo reconocen ser niños (24%) con tendencia a ser molestados explicándolo por las características propias de los niños que los molestan.

Por otro lado comentan no sentirse con desventaja afectiva al percibir preferencia por algún otro niño o familiar, especialmente en relación a los padres (20%).

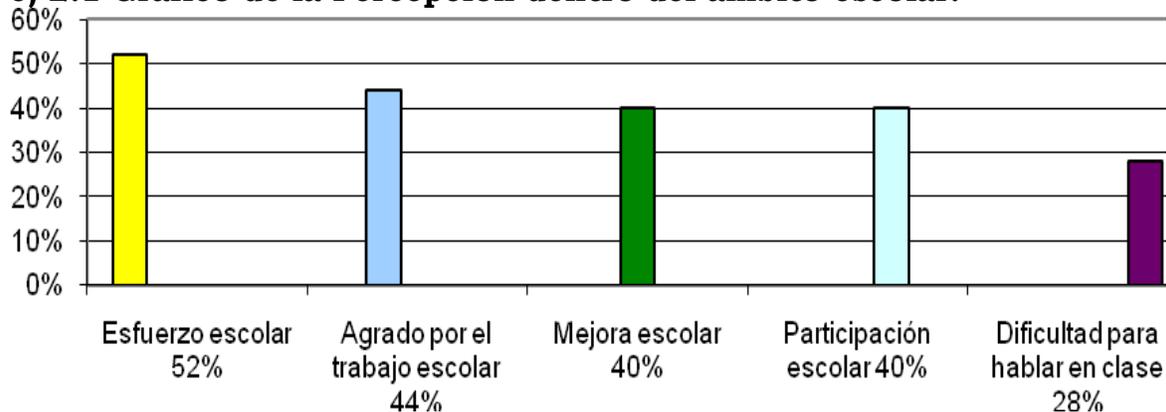
e) 1. 2 Gráfico en relación a las características de personalidad de los niños.



Los niños dijeron ser simpáticos porque cuentan chistes (20%) y son amigables (20%). Así mismo expresaron sentir agrado por estar acompañados (28%) debido a que pueden jugar.

Características mencionadas en el área del **Autoestima Escolar** obtenidas del cuestionario anexo al Inventario de Autoestima de Coopersmith.

e) 2.1 Gráfico de la Percepción dentro del ámbito escolar.

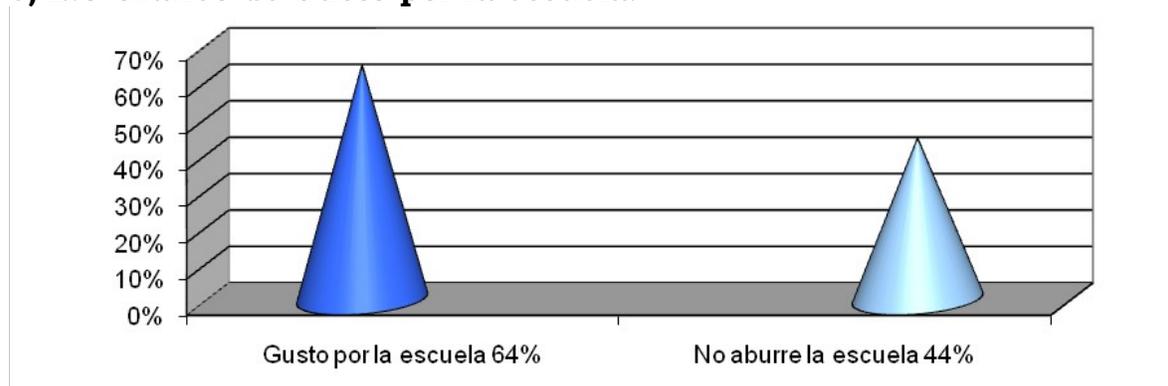


Los niños de la muestra dijeron esforzarse al realizar sus labores escolares pues se encuentran interesados (20%) en ellas y para así poder obtener buenas calificaciones (32%). Comentan también que les gustaría mejorar en aspectos escolares como el poder aprender más (20%) y realizar trabajos con mayor precisión (20%).

Ellos manifestaron tener dificultad para hablar en clase debido a que piensan que se pueden burlar de ellos (28%).

Los niños dicen sentir agrado al realizar su trabajo si cumplen con lo que se les pide (24%) y si trabajan de forma individual (20%) y sentirse importantes si participan en clase (40%).

e) 2.3 Gráfico de Gusto por la escuela.



Los niños dicen tener gusto por el ambiente escolar en general (64%), haciendo referencia a la estructura física, los amigos y las materias estudiadas.

Dicen no percibir aburrida a la escuela (44%) debido a que pueden convivir con los maestros y con los compañeros otorgando especial énfasis al juego.

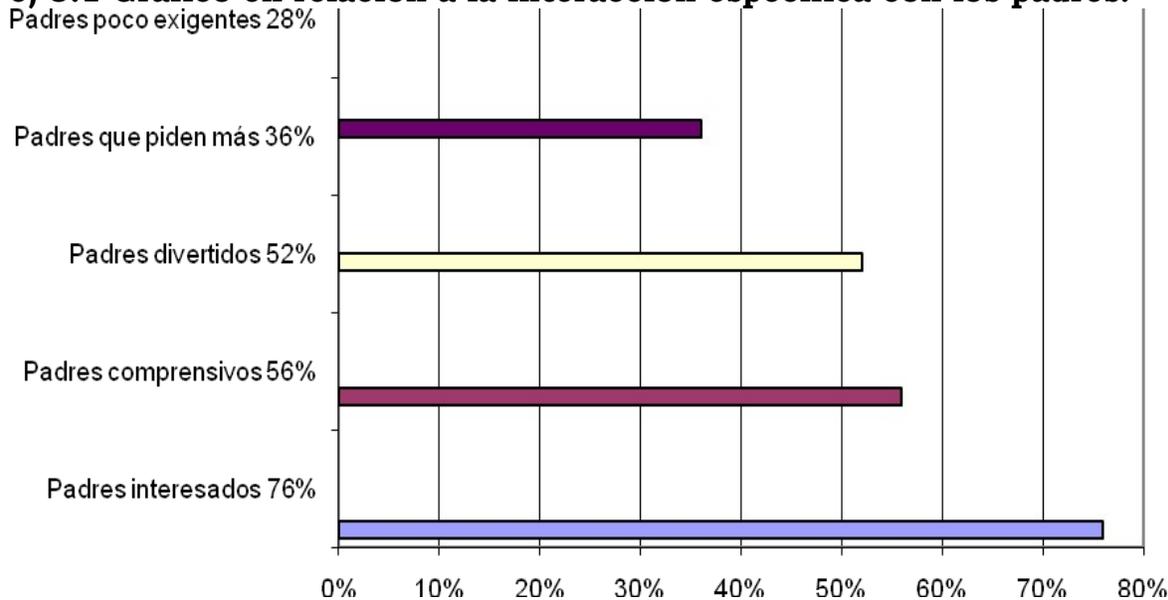
a) 2.4 Gráfico de la Actitud del profesor.



Los niños mencionaron tener profesores que se muestran interesados por ellos demostrándolo al estar pendiente de sus necesidades, motivarlos, al ayudarles, y al invitarles a participar en clase.

Características mencionadas en el área del **Autoestima en relación con la interacción con los padres** obtenidas del cuestionario anexo al Inventario de Autoestima de Coopersmith.

e) 3.1 Gráfico en relación a la interacción específica con los padres.



La imagen que dejaron ver los niños en relación a sus padres fue de interés, es decir, mencionaron tener padres que se preocupaban por ellos, pues se mostraban interesados, se acercaban a platicar y se preocupaban por las actividades en las que se veían involucrados (76%).

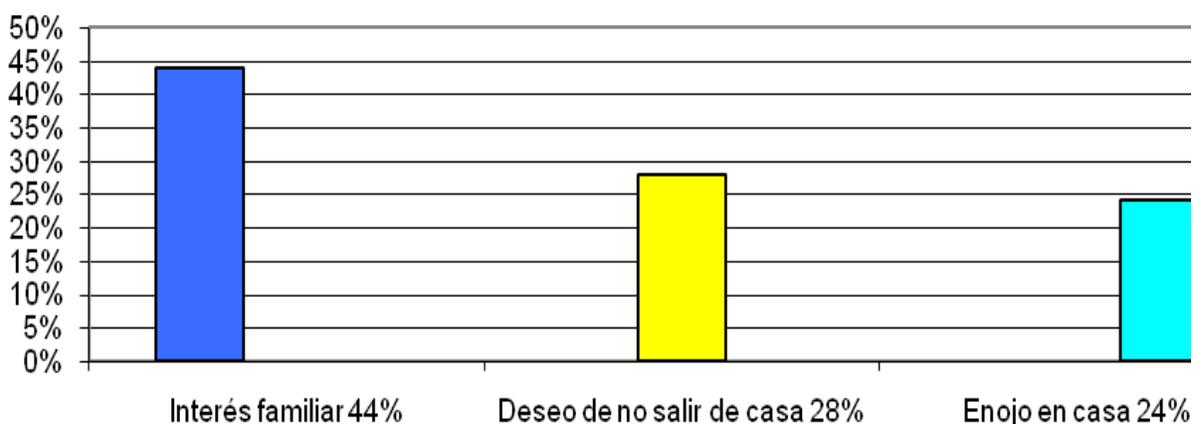
También expresaron tener padres comprensivos y sentirse felices por ello (56%).

Los niños mencionaron tener padres poco exigentes debido a que se preocupan por sus intereses y a que no exigen demasiado (28%).

La compañía de los padres fue un factor presentado por los niños de la muestra, quienes dijeron tener padres divertidos porque pueden jugar con ellos (52%).

Por otro lado también expresaron tener padres que pedían más de lo que los niños podían hacer especialmente en asuntos relacionados a la escuela (36%).

e) 3.2 Gráfico en relación al ambiente familiar.

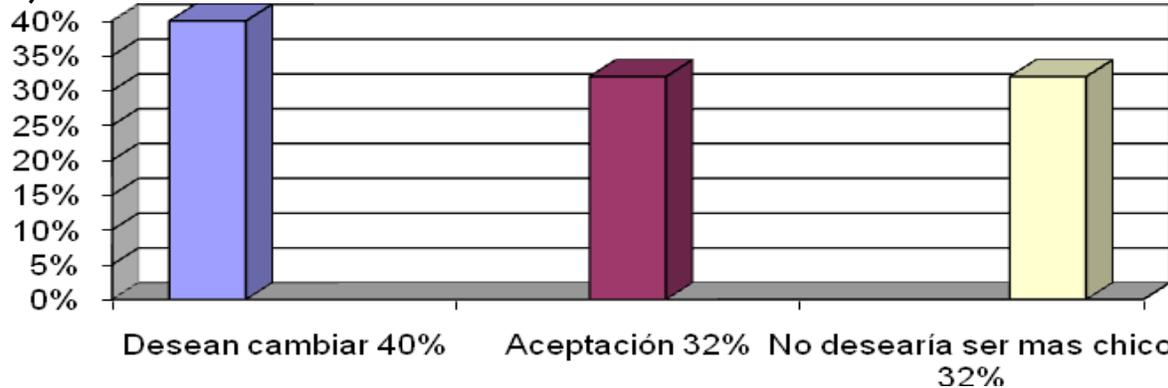


Esta gráfica presenta el ambiente familiar al mencionar que los niños dijeron tener familiares interesados en sus actividades que les demuestran su apoyo (44%).

Además comentan no tener el deseo de huir de sus casas debido a que tienen una relación familiar positiva entre los miembros de la familia (28%), sin embargo una porción de la población (24%) argumenta enojarse fácilmente en casa debido a que existen momentos en los que no se cumplen sus necesidades.

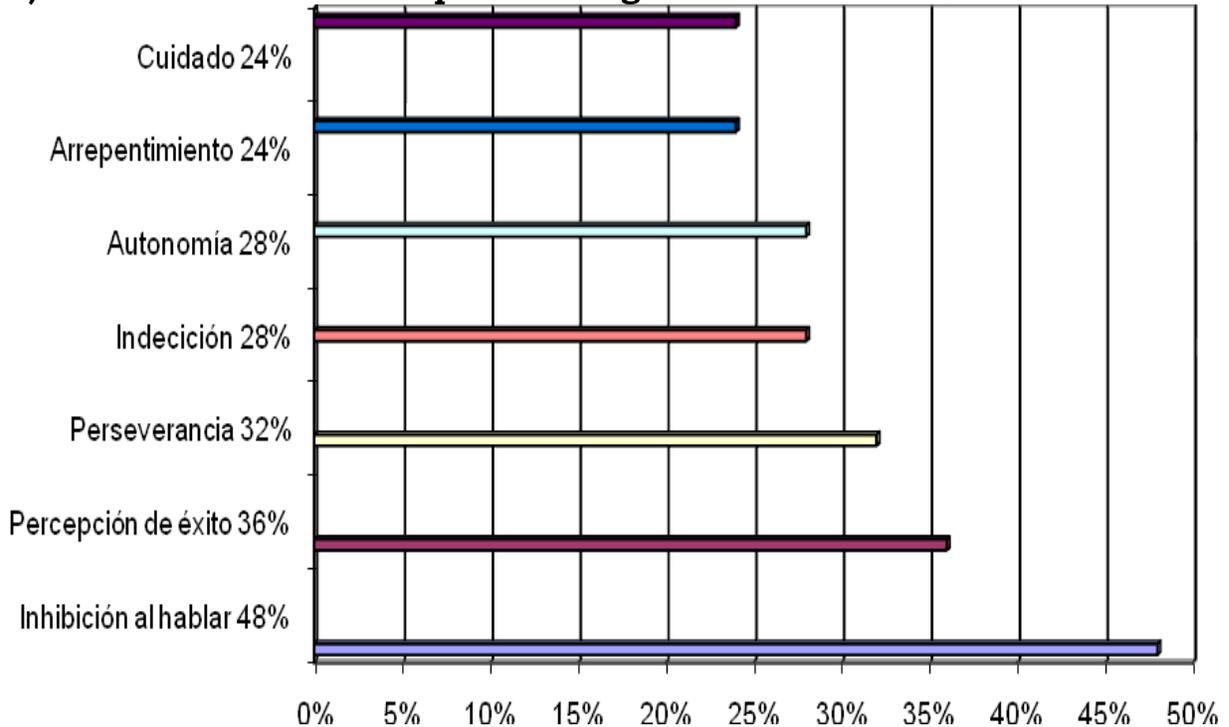
Características mencionadas en el área del **Autoestima en General** obtenidas del cuestionario anexo al Inventario de Autoestima de Coopersmith.

e) 4.1 Gráfico del Ideal.



Los niños dicen aceptarse tal como son (32%), sin embargo admiten que existen factores, como el aspecto físico y el carácter, que desearían cambiar (40%), reconociendo al mismo tiempo que no les gustaría ser más chicos pues dicen tener menos habilidades y pueden hacer menos actividades (32%).

e) 4.2 Gráfico de la Percepción de seguridad en sí mismos.



Los niños mencionaron en relación a su seguridad la dificultad que tienen para poder decir lo que quieren (48%) dando razones como tener miedo a decir algo que los demás no aprueben, sentirse nerviosos y estar apenados. También mencionaron tener dificultad al escoger lo que quieren

(28%) pues expresaron sentirse atraídos por diferentes cosas en el mismo momento, lo que dificulta su elección.

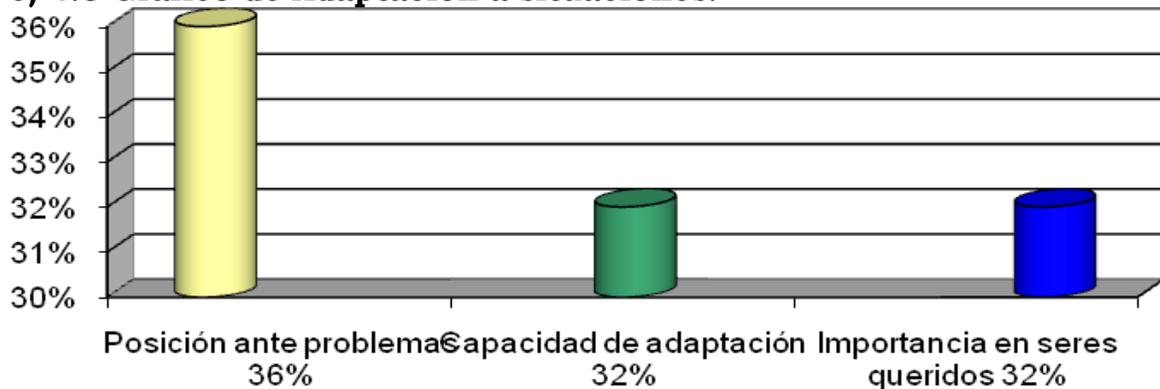
Un factor que se incluyó dentro del ámbito de la seguridad es el arrepentimiento, los niños de la muestra mencionaron (24%) arrepentirse de tener peleas con sus familiares especialmente con su madre por no obedecerle o por contestarle.

Existió un porcentaje (36%) que atribuyó su sentido de seguridad a la percepción de éxito que tiene en las situaciones que vive así como también mencionar que se conciben como personas perseverantes (32%) en actividades que les resultan agradables o bien que les sean fáciles.

Mencionaron no necesitar que alguien guíe su comportamiento (28%) pues perciben tener las habilidades necesarias para resolver cualquier situación sin necesidad de ayuda.

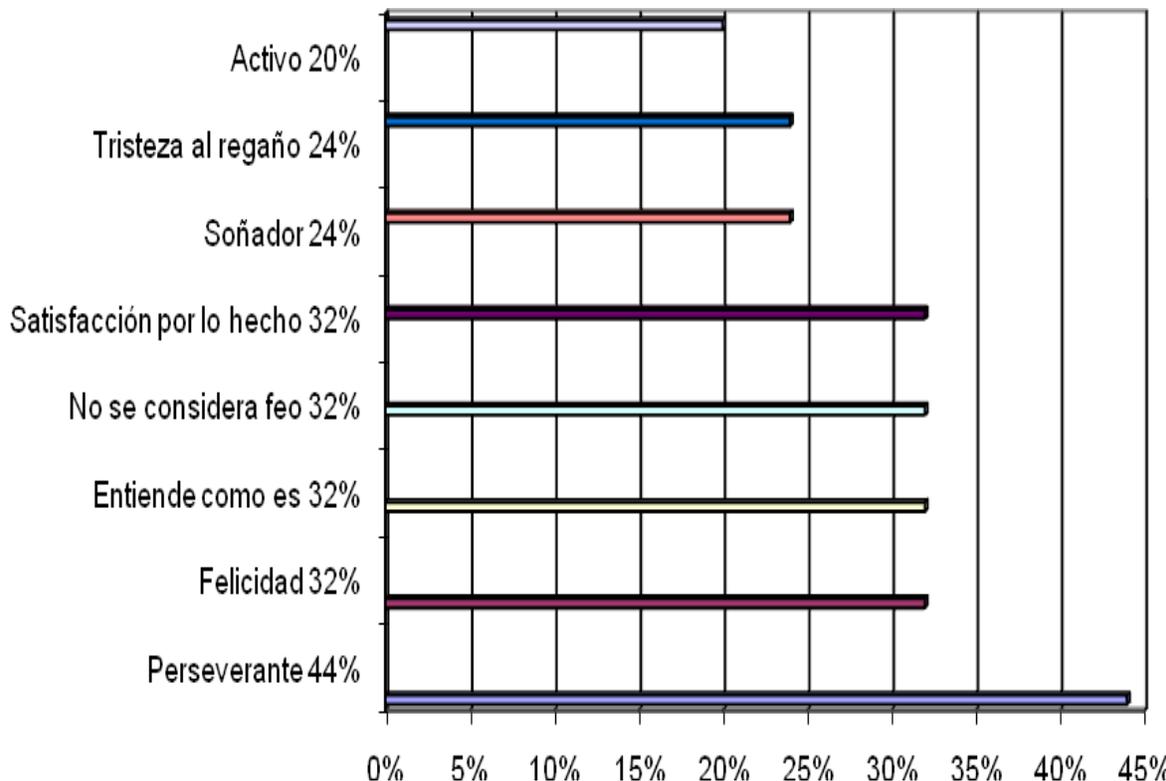
En cuanto al cuidado los niños mencionaron ser cuidados por sus padres en general (24%).

e) 4.3 Gráfico de Adaptación a situaciones.



Los niños de la muestra (36%) dijeron sentirse tristes, asustados y preocupados ante una situación problemática, preocuparse (32%) por lo que les pueda pasar a sus seres queridos, especialmente a sus padres y contar con las habilidades para adaptarse a situaciones nuevas (32%) pues pueden hacer amigos fácilmente, pueden jugar y tener un buen comportamiento.

e) 4.4 Gráfico de la percepción de sí mismo.



Los niños se consideran perseverantes (44%) pues no se dan fácilmente por vencidos, felices (32%) pues cuentan con su familia, dicen entender como son (32%) - dando adjetivos como bueno, juguetón, alegrón, divertido- , no se consideran feos (32%) pues les agrada su aspecto físico y tienen amigos, se sienten satisfechos por la forma en que hacen las cosas (32%) pues dicen hacerlo bien y recibir apoyo para hacerlo, ser activos (20%) pues así evitan el castigo.

Existe un porcentaje (24%) que mencionó sentirse triste cuando lo regañan.

e) 4.5 Gráfico de Gusto por sí mismo.



De parte de los niños de la muestra existe un gusto por ser hombre o mujer respectivamente (88%) especialmente por los juegos que cada uno

practica y por su aspecto físico; les gusta su forma de ser (84%) especialmente ser juguetón, contento, altruista, amable y bueno y en general tienen un orgullo por la forma en que se desenvuelven (24%).

Capítulo 5

Discusión.

En este capítulo se presentan las conclusiones de la investigación, comenzando por las variables demográficas para posteriormente mostrar las que se obtuvieron de las pruebas así como de sus entrevistas complementarias.

Como se mencionó en el capítulo dedicado a explicar el TDAH la prevalencia de niños diagnosticados con el trastorno ocurre en una proporción de 4 a 9 niños por una niña, (Wicks-Nelson, 1997); en la presente investigación dicha prevalencia concuerda pues 19 niños de un total de 25, corresponde al sexo masculino mientras que sólo 6 niñas forman parte de la muestra de esta investigación. Es decir el trastorno efectivamente tienen mayor incidencia en los niños que en las niñas.

En relación con la variable de edad más del 50% de la población se encuentra en la edad escolar (36% de la población tiene 10 años, 20% tiene 8 años, 16% tiene 12 años, 12% tiene 11 y 9 años respectivamente), el 96% se encuentra estudiando la primaria y el 4% la secundaria, lo cual concluye que el 100% de la muestra se encuentra en la escuela lo que está en desacuerdo con los porcentajes mostrados por Wicks-Nelson (1997) (2001). Esto seguramente por las características de la población en la que se desarrollo la investigación, pues la ocupación de ambos padres pudiera corresponder a un nivel medio bajo, lo cual influiría en que como expectativa los hijos terminen la educación básica.

En relación al promedio de la muestra el 52% de la población tiene un promedio que oscila entre el 7 y el 8, lo que corresponde con lo que menciona el DSM-IV, que refiere que con frecuencia el rendimiento académico se encuentra afectado y devaluado; así mismo Gratch (2000) comenta que los niños con TDAH que presentan signos de depresión y autoestima dañada tienen como antecedentes crónicos fracasos intelectuales y bajos rendimientos escolares.

Del total de la población sólo el 40% cuenta con apoyo de USAER en la escuela mientras que el 60% restante no cuenta con ningún tipo de apoyo psicopedagógico. Esto confirma los resultados obtenidos por González (2000) en donde encontró que un porcentaje de 21.4% de estudiantes con un Trastorno por Déficit de la Atención de 4° a 5° grado asisten a aulas de educación especial, un 42.4% ha repetido ya uno o más cursos, el 48%

experimenta en esos momentos problemas en su rendimiento y el 81.6% necesita ayuda diariamente para hacer sus deberes escolares. Aunque los resultados no reflejan cifras semejantes si se puede evidenciar la necesidad de un apoyo escolar extra para los niños con TDAH.

En relación a la situación familiar el 44% de los niños de la muestra es el segundo hijo. Y el 56% de la muestra tiene 1 hermano.

El 56% de los niños de la muestra tienen una familia nuclear, en donde el 24% de los padres tiene el oficio de chofer, 20% de empleado y 16% de comerciante. Las madres en un 56% son amas de casa.

Perezbiachelanni (2000) realizó un estudio con niños que presentaban dificultades en el aprendizaje hijos de madres que trabajaban, en donde menciona que las madres que trabajan se muestran más responsables y se observa que motivan a sus hijos a crecer transmitiéndoles que pueden hacer las cosas, los apoyan en el aprendizaje, involucran a sus parejas en la educación de los hijos, también se dedican tiempo a sí mismas, hay iniciativa y disposición ante los problemas que presentan y conviven con sus hijos. Por lo anterior se podría pensar que estos niños al tener estar más cerca de su madre, tendrían una mayor fortaleza y capacidad intelectual pues se tendría todo el tiempo para ellos, sin embargo las características mencionadas por Perezbiachelanni no necesariamente están presentes en las madres de los niños con TDAH ya que son más bien madres autoritarias que afectan el autoestima y autoconcepto de sus hijos.

Los niños usan su tiempo libre para ver la televisión y para jugar libremente en casa.

El método disciplinario más usado por los padres son los golpes, castigos y pláticas y el menos usado es hablar con el padre de familia. Jenkins (en Ajuriaguerra, 1983) menciona que en un hogar inestable e inconsistente los niños, tienden a desarrollar un conflicto creciente con sus padres y a hacerse incontrolables, pero que al desarrollarse en un hogar fuerte, comprensible, estable, se suelen socializar; aunque su aprendizaje necesita de insistencia, firmeza y constancia. Marcelli y Ajuriaguerra (1996) comentan las dificultades del niño para desarrollar un sentimiento de identidad estable y satisfactorio cuando se vive en una interacción padre- niño maltratado. Dicen al respecto acerca de los niños: dudan de sí mismos y carecen de autoestima. Tienen tendencia a infravalorarse y a minusvalorar sus logros y, en consecuencia, no se esfuerzan en alcanzar objetivos en las actividades desarrolladas: las dificultades y el fracaso inicial provocan pronto el abandono y el retraimiento de estos niños.

Así se podría pensar que el método disciplinario que tiene los padres de la muestra pudiera estar afectando tanto a la autoestima como al

autoconcepto de los niños y que esto pudiera desencadenar en un agravamiento de la propia problemática pues según Stormont-Spurgin y Zentall (1995, en Wicks-Nelson, 1997) las familias de los niños con TDAH y conductas de agresión son más restrictivas y agresivas y del mismo modo, las familias de adolescentes con TDAH informan de una mayor cantidad de conflictos y exhiben un mayor número de interacciones negativas, las cuales se agravan cuando los adolescentes son también desafiantes (Barkley, Anastopoulos et al., 1992, en Wicks-Nelson, 1997).

Por otro lado el análisis de los Dibujos de la Figura Humana el 88% de la población dibujo figuras de su mismo sexo sugiriendo una buena identificación psicosexual y con ello una buena construcción de su sentido del sí mismo corporal y psíquico pues el niño desde los primeros días de nacido comienza a organizarse de acuerdo a las percepciones que de su propio cuerpo provienen logrando identificar conforme se va desarrollando a su sí mismo del otro. Además de una continua identidad de sí mismo, es decir, el niño ha podido desarrollar un sentido de autoidentidad, un sentido de su existencia como persona separada, aquello que le permite ser Juan o Pedro, aquello que le permite ser hombre o mujer, etc. Y por supuesto trabajar en la formación de un sentido de estimación, de amor propio (Allport, 1986, citado por Vásquez, 1995).

Esta población aparece a simple vista como equilibrada con una buena percepción de las propias capacidades para poder hacer frente a las demandas ambientales así como también tener un buen nivel de energía, lo que estaría indicando una población con una autoestima y un autoconcepto altos; sin embargo de acuerdo a Rodríguez, Pellicer y Domínguez (1988) las personas que reconocen sus habilidades y necesidades, es decir, las personas que se autoconocen, tienen una personalidad fuerte y unificada, de lo contrario al verse afectada alguna área la personalidad será débil y dividida, con sentimientos de ineficacia y devaluación, situación que describe los hallazgos de dificultad para adaptarse a las demandas ambientales, de inseguridad, de inestabilidad y en general de falta de equilibrio. Esto estaría sugiriendo una contradicción entre los datos encontrados pues la muestra da la imagen de ser equilibrada y tener un autoestima y autoconcepto altos sin embargo si se piensa en que los niños con TDAH de acuerdo a los datos mostrados con anterioridad en relación a la situación de desempeño académico y del método disciplinario usado por los padres los argumentos de Pellicer y colaboradores tendrían sentido pues al verse afectadas las áreas de relación con los padres y situación académica los sentimientos de devaluación e inseguridad serían los sentimientos que se encuentran detrás de la apariencia o imagen de satisfacción que los niños de la muestra desean expresar.

Un rasgo encontrado en los niños de la población es la necesidad de apoyo y la presencia de sentimientos de metas inalcanzables, así como también la búsqueda en la fantasía de la satisfacción a sus necesidades; esta necesidad de apoyo junto con la percepción de metas inalcanzables parece indicar una dificultad para valorar sus habilidades, o la percepción de pocos logros alcanzados que según Erikson (1993) un niño que se encuentra en la etapa de industria versus inferioridad puede tener un sentimiento de inadecuación o inferioridad si el niño desconfía de sus habilidades en el mundo de las herramientas condenándose a la inadecuación. Por otro lado según González (2000) el autoconcepto depende en gran medida de los logros alcanzados y una proporción importante de niños hiperactivos no tienen confianza en sí mismos y experimentan sentimientos de indefensión y síntomas depresivos.

Por otro lado la actividad fantástica o la búsqueda de la satisfacción en la fantasía parece indicar rasgos de personalidades más arcaicas o más regresivas, aunque es necesario cuidar esta aseveración pues la personalidad del niño en este período aún no se ha formado del todo.

Socialmente se podría pensar en una extrema atención hacia lo que ocurre fuera de ellos, así como también de un contacto nulo o superficial con las personas intentando o esforzándose por mostrar una imagen agradable y atractiva. De acuerdo a las características planteadas en la etapa de Identidad versus Confusión de rol de Erikson (1993) los púberes y los adolescentes parecen tener una preocupación especial por la forma en la que aparecen ante los ojos de los demás en comparación con lo que ellos mismos sienten que son, durante el proceso de construcción de una identidad propia basada en todas las representaciones hechas de los objetos internalizados durante todo su desarrollo. Al respecto Plaza (2007) propone como la identificación con los padres, los familiares importantes como abuelos, tíos, hermanos, la pareja, personalidades importantes a quienes se admiren, las instituciones culturales, sociales al se que se pertenece, entre otras. La conjunción de estas identificaciones va conformando una identidad única. En la medida en que se tenga una identidad definida, con valores firmes, con una postura ante la vida, se tendrá una estructura más firme para trabajar, con metas mas claras para su desarrollo personal.

Así de acuerdo a Evans (1975) la identidad está formada no sólo por los aspectos positivos que ha vivido el individuo sino también se compone de aquello que lo ha avergonzado, por lo que ha recibido castigos y de lo que él se siente culpable: sus fracasos en capacidad o bondad.

Es importante destacar que aunque Erikson estableció una etapa para adquirir una identidad esto no quiere decir que la identidad se forme hasta que se llega a esa etapa, sino que las etapas anteriores dan la base para la adquisición de la identidad de tal forma que aunque la muestra de la población está conformada por niños en el período de latencia o de Industria versus Inferioridad, el proceso involucra la percepción de lo que los otros dicen u opinan de ellos aunque el niño no se encuentre en la adolescencia.

En relación a la percepción de sus capacidades intelectuales existen indicadores de una sobrevaloración de las mismas. De acuerdo a Erikson (en Dicaprio, 1989) los sentimientos de duda de sí mismo, vergüenza e inferioridad son resultado de la forma en la que los profesores, padres y compañeros degradan los esfuerzos del niño, por lo que algunas veces el niño puede reaccionar en una forma opuesta..., dependiendo de su naturaleza y de la forma en la que se evidencian sus faltas. Por otro lado es preciso señalar que los niños con TDAH tienen dificultades escolares y que independientemente de la forma en la que los profesores y padres reaccionen ante sus fracasos; la sobrevaloración de las capacidades intelectuales podría indicar nuevamente una negación de la realidad en la que viven.

Por otro lado las historias de los dibujos muestran:

1. A los niños como personajes principales de las historias, mismos que tienen necesidades de afiliación, reconocimiento y recreación, es decir son niños que requieren de un estímulo externo que enfatice los logros tenidos y que los acompañe en y durante ese proceso.

Si retomamos el uso del tiempo libre en los niños de la muestra observaremos que más de la mitad de los niños ocupa su tiempo libre viendo la televisión y jugando en casa; lo que reduce la descarga de energía. Kulka, Fry y Goldstein (citados en Ajuriaguerra, 1983) explican las hipercinesias infantiles a partir de la privación cinestésica, pues ellos creen en la existencia de una auténtica necesidad de movimiento. Basan su opinión al considerar a la motilidad como una forma de expresar el impulso cinestésico.

Por ello es natural que la necesidad de movimiento aparezca de forma considerable dentro de las historias de los niños.

Además las necesidades de afiliación y reconocimiento estarían influenciados por la realidad que de acuerdo a los resultados anteriores parecieran negar los niños con TDAH, pues el bajo desempeño académico y los métodos disciplinarios usados por los padres explican la necesidad de reconocimiento y afiliación.

Al respecto White (1973) argumenta que la opinión que los otros tienen de los demás, es una fuente de la autoestima, que comienza a adquirir importancia cuando el niño logra una concepción muy clara de los otros como para percibirlos.

Por otro lado Hornstein (2000) comenta que al ser la autoestima un residuo del narcisismo infantil en algunas problemáticas narcisistas, predomina la vulnerabilidad de la autoestima, y las personas se tornan especialmente sensibles a los fracasos y desilusiones. Se centran en sí mismas, tienen fantasías grandiosas y dependen mucho del reconocimiento ya imitación de los otros.

Por lo anterior se podría pensar que la opinión externa cobra una fuerte importancia para los niños con Trastorno por Déficit de Atención así como también la pertenencia a un grupo o por lo menos considerarse miembro de él.

2. Un ambiente dominante, castigador, que daña físicamente y que impone tareas sobre el héroe de la historia, es decir sobre los niños de la muestra. Un niño que percibe un ambiente con ese tipo de presiones requerirá de un mayor sostén externo por lo que las necesidades antes mencionadas (afiliación y reconocimiento) se ven reforzadas por la percepción que del ambiente tienen los niños de la muestra. Al respecto Marcelli y Ajuriaguerra, 1996 mencionan que muchas veces la intolerancia del ambiente, especialmente el familiar o unas exigencias excesivas pueden ocasionar la fijación de la reacción motriz en un estado patológico, determinando de algún modo una forma peculiar de ser. la inestabilidad.

Además de que lo anterior explique un poco la percepción del ambiente del menor pareciera ser que al tener un ambiente exigente los niños están adquiriendo un ideal de la forma de ser muy estricto que según Hornstein (2000) disminuye la autoestima debido a las exigencias que el Super yo ejerce sobre el Yo.

Por otro lado William James (1980, en Verduzco, 1992) propuso que las aspiraciones humanas y los valores tienen un rol esencial (a lo que se desea llegar) ya que dice que nuestros logros son medidos en comparación a nuestras aspiraciones en cualquier área del comportamiento. Si los logros se aproximan o llegan a las aspiraciones en un área valorada, el resultado es una alta autoestima; si hay mucha divergencia, entonces nos vemos a nosotros mismos muy pobremente.

3. Que las temáticas de las historias giran en torno al juego, a la familia y a la escuela. Aspectos que ya se han discutido con anterioridad y que al parecer se relacionan con el padecimiento de base (la inestabilidad por falta de una descarga motriz) y en el

autoconcepto y autoestima (necesidades de afiliación y reconocimiento).

Hornstein (2000) argumenta que la autoestima es inestable, la hacen fluctuar las experiencias gratificantes o frustrantes en las relaciones con otros, la sensación de ser estimado o rechazado por los demás, el modo en el que el ideal del Yo evalúa la distancia entre las metas y las aspiraciones, por un lado y los logros y el éxito por el otro.

4. Un matiz agresivo y de ansiedad, así como también de sentimientos de diversión.
5. . Un desenlace del conflicto presentado.

Las preguntas que se refieren al Cuestionario del Dibujo de la Figura Humana muestran que los niños de la muestra:

Es importante mencionar que aunque el 24% de los niños mencionó como ocupación de sus dibujos el juego, esta actividad se sigue manifestando como necesidad y como temática presentada, por lo que debemos reconocer que para los niños de esta muestra el juego representa una actividad de suma importancia tal vez debido a la restricción con la que se encuentran.

De acuerdo a Padilla Velásquez (2003) el juego además de ser placentero, es de utilidad para el desarrollo de aptitudes, para el robustecimiento de la fuerza corporal, intelectual, emocional, psicológica y social; es útil en el futuro para el trabajo del adulto, pues el juego se habrá transformado en el futuro en el trabajo.

Aunque los niños de la muestra mencionaron tener mejores relaciones afectivas con su familia, existe un porcentaje importante (56%) que menciona llevarse mejor con sus amigos y con sus mascotas. Esto puede relacionarse con los resultados anteriormente mencionados en donde los niños de la presente investigación refirieron tener un ambiente con presiones por castigo, tareas impuestas y dominación en familias en donde aparentemente la interacción familiar es a base de golpes y castigos.

Con respecto al autoconcepto en relación a la interacción con los padres los niños de la muestra dijeron ser: buenos, educados, sinceros, obedientes, platicadores y calmados; dando como razones que se consideraron con mayor relevancia debido al porcentaje de aparición el percibir o sentir que sus padres se preocupan por lo que les pasa, por que los acompañan, por que platican con ellos y por temor al castigo. Esto puede estar mostrando una compensación ante la situación en la que viven los niños debido a la conflictiva familiar.

No debemos olvidar que para los niños de la muestra el reconocimiento y la afiliación son factores altamente importantes, y que desde el punto de vista de Coopersmith son elementos contribuyentes al desarrollo de la autoestima. Para Coopersmith (1967, citado por Fajardo, 2001) existen cuatro elementos contribuyentes al desarrollo de una buena autoestima:

1. El valor que el niño percibe que otras personas le conceden (expresado en elogios, afecto, y atención).
2. Sus propias experiencias de éxito (retroinformación que le permite ubicarse en el ambiente).
3. La definición individual de éxito o fracaso del niño.
4. La personalidad, es decir, el estilo personal del niño para lidiar con la retroalimentación negativa y la crítica.

Parece contradictorio como para los niños de la muestra en relación con su autoconcepto afectivo manifiestan seguridad en sí mismos y preocupación por la expresión de sus sentimientos y su comparación con los resultados obtenidos en la prueba de la Figura Humana en donde existen indicadores de inseguridad e inestabilidad emocional y afectiva, sin embargo podría explicarse esto como la necesidad de acercarse a su ideal, es decir a lo que les gustaría ser y tener y lo manifiestan hacia el exterior. Además estos indicadores muestran un control mayor de sus afectos tanto agresivos como libidinales lo que no coincide con las características del trastorno pues la característica general es la impulsividad.

Hornstein (2000) al respecto comenta que la conciencia moral se vale de la represión para llevar a acabo su labor pues si las pulsiones libidinosas y agresivas – valdría la pena agregar- no fuesen reprimidas, todo aquello que emergiera a la conciencia disminuiría la autoestima.

La descripción del autoconcepto personal que dieron los niños de la muestra es puesta a través de las siguientes categorías: activo, delgado, sano, fuerte y guapo; dando como razones que se consideraron con mayor relevancia debido al porcentaje de aparición tener mayores habilidades al contar con tales características, tener un sentimiento de bienestar en general que involucra a la alegría. Es decir para estos niños no hay conciencia de enfermedad ya que la impulsividad pareciera estar detrás del poder hacer muchas cosas o del poseer muchas habilidades. El Dr. Russell A. Barkley (1998, citado en Bauermeister, 2003) ha postulado que la dificultad para controlar impulsos no permite que diversos procesos psicológicos, llamados funciones ejecutivas, puedan operar eficientemente.

Barkley denomina funciones ejecutivas a las actividades mentales complejas necesarias para planificar, organizar, guiar, revisar, regularizar y evaluar el comportamiento necesario para alcanzar metas.

Los niños de la muestra dijeron ser académicamente: aplicados, listos, buenos estudiantes, cumplidos y trabajadores; dando como razones que se consideraron con mayor relevancia debido al porcentaje de aparición el trabajar activamente en la escuela, la obtención de recompensas y la importancia de las reacciones que los demás tiene en relación a su desempeño académico. Sin embargo en relación al promedio de la muestra el 52% de la población tiene un promedio que oscila entre el 7 y el 8, lo que corresponde con lo que menciona el DSM-IV, que refiere que con frecuencia el rendimiento académico se encuentra afectado y devaluado.

Según Erikson (en Dicaprio, 1989) si los padres, profesores y niños mayores, rebajan o degradan los logros del niño, -situación que puede estar ocurriendo tomando como base los estilos de establecer la disciplina con los menores de la muestra-, este puede sentirse inútil, sucio, malo y comenzar a creer que nada de lo que produce tiene valor - lo que coincide con los sentimientos de devaluación e inseguridad ocasionados probablemente por verse afectadas las áreas de relación con los padres y las dificultades ya mencionadas en la situación académica.

Aquí podemos observar los fundamentos de un profundo sentido de duda de sí mismo, vergüenza e inferioridad. Muchos padres fomentan esos sentimientos, porque son impacientes con el nivel de ejecución de sus hijos; continuamente regañan al niño por hacer mal las cosas o siempre los regañan por cosas que rebasan las capacidades del niño. Algunas veces este puede reaccionar en una forma opuesta y se burla de la autoridad o hacer caso omiso insensiblemente, de los intereses y derechos de los demás. El que ocurra está reacción depende de la naturaleza del niño y los métodos que se utilizan para avergonzarlo.

Al pensar en los métodos disciplinarios que se comentaron con mayor frecuencia en la población de la presente investigación, los golpes y castigos, podrían indicar que los niños de esta muestra tienen un autoconcepto y una autoestima bajos sin embargo al parecer por las categorías mencionadas los niños tienen un autoconcepto positivo, lo que podría nuevamente indicar que los niños utilizan como mecanismo de defensa la negación par poder tener una imagen lo más cercana a su ideal y que no les cause ansiedad.

Otro aspecto que se suma a la idea anterior es que una de las causas que los niños mencionan como razones para tener un autoconcepto escolar positivo es que obtienen recompensas lo que resalta la importancia otorgada hacia el exterior, es decir hacia lo que el otro puede decir o dar en respuesta a lo que uno es, es decir, la importancia del espejeo para los niños; y en este caso del espejeo de los padres y de los compañeros. (Coley, 1902, en Oñate, 1989)

La descripción del autoconcepto social que dieron los niños de la muestra es descrita a través de las siguientes categorías: divertido, buen amigo, compartido, sencillo, amigable, simpático y sincero; dando como razones que se consideraron con mayor relevancia debido al porcentaje de aparición el jugar con otros y la forma cordial en la que se conducen con los demás. Es importante señalar que los niños de la muestra manifiestan una importante necesidad de afiliación y recreación que se manifiesta en temas lúdicos de sus historias y en matices de diversión.

Mead (1965, en Oñate) relaciona el proceso de identificación con el autoconcepto, al decir que en la interacción de persona a persona, en el proceso de identificación del sí mismo con el otro, la concepción del sí mismo se modifica. El individuo no puede experimentarse así mismo si no es por medio de los demás. Por esa razón es tan importante tomar en cuenta los datos mostrados en los dibujos elaborados por los niños de la muestra pues socialmente parecen establecer un contacto nulo o superficial con las personas intentando mostrar una imagen agradable y atractiva; datos que se rectifican con los mostrados a través del cuestionario pues ellos dicen mantener una relación cordial con el exterior.

En relación a los datos del Inventario de Autoestima de Coopersmith se observa que tanto la Autoestima total como las diferentes subescalas del Inventario indican una Autoestima alta en los niños que conformaron la muestra de la investigación, sin embargo los datos mostrados anteriormente han descrito que los niños de la muestra tienen una autoestima y un autoconcepto bajos. Esto se explica debido a que las pruebas utilizadas en este estudio corresponden a dos niveles de conciencia diferentes, pues el test proyectivo muestra lo que ocurre en el inconsciente de la muestra y el test psicométrico lo que ocurre en el consciente y preconsciente de la muestra, por lo que los niños responden el Inventario utilizando los diferentes mecanismos de defensa ya mencionados con anterioridad, para poderse defender de la angustia que les representa las dificultades que viven, además lo que se pensó que podría influir en relación al aumento de la autoestima es la variable del medicamento sin embargo como lo demostró el estudio de Bussing, Zima y Perwien (2000) quienes investigaron la relación entre la autoestima y la medicación; mostraron resultados de baja autoestima para niños con TDAH y síntomas depresivos en comparación con niños con desórdenes conductuales, especialmente en áreas de ansiedad y popularidad; así mismo proponen como predictores, de baja autoestima, en su grupo de estudio al alto deterioro funcional y a las condiciones comorbidas pero no al uso de medicamento. Para ellos el uso de medicamento no se relaciona con los niveles de autoestima.

De acuerdo con la entrevista anexa al Inventario de Autoestima de

Coopersmith, los niños argumentan que sus padres se muestran interesados en ellos y comprensivos además de percibir un ambiente familiar de interés y diversión.

Marcelli y Ajuriaguerra (1993) puntualizan que la interacción paterno-filial basada en el apoyo, favorece el desarrollo del autoconcepto del hijo, lo que permite ser un individuo con una autorrealidad razonable, adaptado, creativo y autocontrolado. Sin embargo, las relaciones coercitivas y las muy permisivas tienden a alentar el resentimiento y el distanciamiento, situación que parece estar sucediendo en un buen porcentaje de las familias de los niños de la muestra, tomando en cuenta los métodos disciplinarios, las relaciones afectivas que sientan más cercanas y las necesidades de reconocimiento y afiliación que presentan, por lo que su autoconcepto y autoestima pueden estar disminuidos, y las respuestas que se dan ser únicamente una forma de manejar la situación que viven a través de la negación y de la formación en lo contrario.

La vigilancia paternal, el monitoreo y la restricción se relacionan positivamente con el autoconcepto de los niños, pero el control autoritario, involucrando coerción, amenazas y el uso del castigo físico, deteriora las autoevaluaciones de los niños (1994, en Owens et al) como ya se mencionó antes. Debido a lo anterior podría estar refiriéndose la hipótesis de que los niños de la muestra niegan la situación en la que se encuentran enfatizando o sobrevalorando las situaciones favorables sobre las desfavorables, pues niños cuyos métodos disciplinarios giran en relación a las amenazas y a los golpes y para quienes el reconocimiento y la afiliación parece estar más en relación con los amigos y las mascotas que con la familia difícilmente podrían tener una autoestima y autoconcepto equilibrados.

Se podría decir entonces que es importante que los padres aprendan a observar, escuchar, hablar y a comprender a sus hijos y a buscar respuestas a lo que expresan. Los momentos de comunicación y de diálogo son necesarios en la familia para que la dinámica familiar marche funcionalmente; además de establecer claramente las consecuencias de las normas y reglamentos para sí reducir el uso de castigos severos que en vez de corregir la conducta generan un estado de ansiedad y la disminución del autoconcepto y autoestima.

Una función importante de la figura paterna dentro de la familia es brindar protección, pues permite al hijo sentirse querido y apreciado por este, desarrollando de esta forma su autoestima. En este sentido el padre posee la importante función de ayudar al hijo en el control de sus impulsos, dándole la sensación de que no es un ser malo ni monstruoso; (es decir, al ayudarlo en el control de impulsos, también se le ayuda a

desarrollar un autoconcepto más saludable). El niño no puede con sus impulsos, siendo estos mas fuertes que el, pero el padre en sus fantasías, puede ser mas fuerte que sus impulsos. Desde este punto de vista, el padre pone límites, desde afuera da reglas y exige su cumplimiento (González, Núñez, J. de J., Cortes, D. y. E. y Padilla V. M. T., 1994).

De acuerdo a las respuestas dadas en la entrevista anexa al Inventario de Autoestima de Coopersmith, en la escala de Autoestima General, los niños se perciben perseverantes y felices por tener una familia que los acompaña.

Dentro del Inventario de Autoestima de Coopersmith, la subescala de Autoestima Social, muestra la relación del niño con el entorno al hablar de la importancia que el niño otorga a las respuestas afectivas de las personas y la importancia que igualmente le otorga al ser escogido para jugar y resalta las habilidades sociales que mencionan tener al decirse simpático y al contar chistes.

Es decir los niños de la muestra disfrutaban estando con otras personas y por eso se muestran simpáticos y amigables.

Además los niños de la muestra dicen que es importante para ellos ser afectuosos con sus amigos y sentirse orgullosos cuando sus compañeros los toman en cuenta para jugar, sin embargo si tomamos en cuenta los datos de la tabla 1 la autoestima social es la más baja de todas lo que refuerza los datos mencionados con anterioridad en relación con al dificultad para establecer relaciones permanentes.

Esto concuerda con los indicadores obtenidos en el Dibujo de la Figura Humana en donde se observa la importancia que cobra la atención hacia lo que ocurre fuera de ellos y la forma en la que se relacionan a través de un contacto superficial con las personas intentando o esforzándose por mostrar una imagen agradable y atractiva.

Es decir esta imagen que se esfuerzan por mostrar es la imagen que ellos mismos representan para sí, aunado a la retroalimentación que el exterior les proporciona como lo puede sugerir el estudio hecho por Bussing, Zima y Perwien (2000) que ya se mencionó.

Por lo que entonces cobra mayor importancia la relación que comienzan a establecer con los animales (gráfica c. 6).

Con respecto a la Autoestima Escolar, subescala del Inventario de Autoestima de Coopersmith, los niños mencionan tener gusto por la escuela y esforzarse en ella debido a que muestran interés en las actividades escolares y obtienen buenas calificaciones, además en relación

a la percepción de sus habilidades escolares los niños dijeron sentir agrado por la forma en la que trabajan en clase y sentirse importantes si participan durante ella; mencionaron también contar con profesores interesados en ellos pues están al pendiente de sus necesidades, los motivan, les ayudan y los invitan a participar en clase; es decir profesores que reflejan buenas expectativas hacia ellos.

Esto estaría mostrando un ambiente escolar que estimula la participación del niño y que se centra en sus habilidades y contar con profesores que se involucran en el aprendizaje; sin embargo si recordamos los indicadores observados en la prueba de la figura Humana en relación a la percepción de sus capacidades intelectuales encontramos una sobrevaloración de las mismas y si tomamos en cuenta los promedios que tienen los niños de la muestra y el porcentaje de niños que recibe apoyo en USAER (40%), estaríamos encontrando un ambiente escolar que descuida a los niños de la muestra; lo que no dista mucho de ser un reflejo de lo que los niños viven en su casa de tal forma que si tomamos a los profesores y a la escuela como desplazamientos de los padres y de la familia no se estaría haciendo más que una repetición de la percepción que se tiene de la familia en general o de lo que le gustaría que fuera su familia y en este caso su escuela, negando el ambiente en que se desenvuelven.

Con respecto al Inventario de Autoestima de Coopersmith, en la entrevista anexa, los niños respondieron dentro de la Escala de Autoestima General, disfrutar de ser hombre o mujer, especialmente por los juegos y por su aspecto físico.

Parece ser que los niños de la muestra han podido establecer de acuerdo a Allport (1955) un adecuado sentido del sí mismo corporal, que les permite reconocer sus características más elementales, un sentido de una continua identidad de sí mismo es decir, un sentido de su identidad como personas separadas pues al poseer las características que los definen en su aspecto más externo se perciben con habilidades que les permiten hacer frente a las dificultades del ambiente de forma separada e independiente del otro y una estimación del sí mismo pues esta evaluación les crea un sentimiento de bienestar en relación con ellos mismos. Sin embargo de acuerdo a las historias de la prueba de la Figura Humana los niños requieren de un estímulo externo que enfatice los logros obtenidos, por lo que se puede pensar que en su aspecto más profundo los niños de la muestra, de acuerdo a lo planteado por Allport tienen un conflicto en la etapa de la formación del sentido de una continua identidad del sí mismo.

El mismo Allport (1955) enfatizó el papel de las defensas psicológicas en la autoestima al hacer referencia al complejo de inferioridad propuesto por Adler, defendiéndolo como una fuerte tensión proveniente de alguna actitud emocional mórbida hacia la deficiencia existente en el propio

equipo personal. Para Allport existen métodos que cada individuo utiliza para combatir la experiencia de inferioridad como por ejemplo ver el problema más pequeño o incluso negarlo y crear un punto de vista distinto que sea menos doloroso.

También argumentan los niños querer cambiar algo de sí mismo por ejemplo su aspecto físico o su carácter, lo que estaría contradiciendo la anterior valoración hecha al decir que su autoconcepto personal en general les causa un sentimiento de bienestar identificándolo como alegría por ser activo, delgado, fuerte, alto, sano, guapo y grande. Esto estaría reforzando la idea de que los niños de la muestra han utilizado la negación para manejar la situación en la que se encuentran.

Por otro lado en relación a la percepción de seguridad en ellos mismos se manifiestan como inhibidos al hablar por tener miedo a decir algo que los demás no aprueben o sentirse nerviosos y estar apenados además de mostrarse indecisos. Juicios que también desmienten la primera valoración hecha por los niños de la muestra quienes se dicen estar seguros de sí mismos, lo que nuevamente hace pensar en esa necesidad de los menores de acercarse a su ideal usando mecanismos que disminuyan su ansiedad ante situaciones que los angustien.

Dentro de la misma escala de Autoestima General en relación a la adaptación a las situaciones los niños manifiestan sentirse tristes, con temor y preocuparse en una situación nueva, además de preocuparse por sus seres queridos si la situación nueva los involucra. Lo que según White (1973) estaría significando un conflicto en el sentido de eficacia y competencia pues la raíz de la autoestima se encuentran en ellas; pues el niño no es capaz de beneficiarse del exterior.

En relación a la percepción de sí mismos se dicen perseverantes, felices, guapos pero tristes por el regaño, características que ya habían sido, presentadas y que se discutieron otorgándole mayor peso a la necesidad de afiliación y recreación que se manifiesta en los temas lúdicos de sus historias y en matices de diversión, para estos niños no hay conciencia de enfermedad ya que la impulsividad pareciera estar detrás del poder hacer muchas cosas o del poseer muchas habilidades y que la presencia de estas descripciones muestren un control mayor de sus afectos tanto agresivos como libidinales; sin embargo esto no coincide con las características del trastorno pues la característica general es la impulsividad.

Capítulo 6.

Conclusiones

En conclusión se puede decir que:

1. La opinión externa cobra una fuerte importancia para los niños con Trastorno por Déficit de Atención así como también la pertenencia a un grupo o por lo menos considerarse miembro de él (necesidades de afiliación reconocimiento y recreación). Esto evidencia la vulnerabilidad de la autoestima, y la sensibilidad a los fracasos y desilusiones, razón por la que los niños de la presente investigación tienen fantasías grandiosas y dependen mucho del reconocimiento y imitación de los otros.
2. La dinámica familiar parece contribuir a la formación de un profundo sentido de duda de sí mismo, vergüenza e inferioridad, pues parece existir un ambiente poco flexible en donde se regaña al niño por hacer mal las cosas o por cosas que rebasan las capacidades del niño.
3. Existe una falta de conciencia del trastorno y su identidad puede estar también distorsionada desde lo que Evans (1975) menciona la identidad está formada no sólo por los aspectos positivos que ha vivido el individuo sino también se compone de aquello que lo ha avergonzado, por lo que ha recibido castigos y de lo que él se siente culpable: sus fracasos en capacidad o bondad
4. Existe dificultad para adaptarse a las demandas ambientales, sentimientos de inseguridad, de inestabilidad y en general de falta de equilibrio en la muestra.
5. Académicamente sobrevaloran sus habilidades como medio para no deprimirse, puesto que el autoconcepto y la autoestima van dependiendo en gran medida y desde la perspectiva de las necesidades de los niños de esta muestra, de los logros.
6. Los niños de la muestra niegan la situación en la que se encuentran enfatizando o sobrevalorando las situaciones favorables sobre las

desfavorables, manifestando por ello una autoestima aparentemente alta y un autoconcepto aparentemente alto

7. Los niños de la muestra parecen querer acercarse a su ideal a través de la negación que hacen de la situación que viven, pues ellos representan para sí un ambiente distinto en donde ellos se adaptan sin dificultad, es decir ese medio ambiente es distorsionado por y contiene o representa todo lo que les gustaría ser o tener.
8. De fondo se manifiestan sentimientos de duda e inseguridad que no son propios de una autoestima y un autoconcepto elevados, pues existe desconfianza de sus habilidades en el mundo de las herramientas condenándose a la inadecuación.
9. Los niños de la muestra requieren de un estímulo externo que enfatice los logros obtenidos, por lo que se puede pensar que en su aspecto más profundo de acuerdo a lo planteado por Allport tienen un conflicto en la etapa de la formación del sentido de una continua identidad del sí mismo.
10. La autoestima y el autoconcepto de los niños es baja, aunque el Inventario de Autoestima de Coopersmith manifiesta que la muestra tiene una autoestima alta en todas las subescalas, debido a que la información que recoge esta muestra puede responder a un nivel de conciencia diferente al que corresponden las pruebas proyectivas y con las que se han respaldado las entrevistas anexas.
11. De acuerdo a Gratch (2000) la consecuencia emocional de los niños con TDAH es un daño crónico en la autoestima, que suele conducir con frecuencia a estructuras caracterológicas con un narcisismo frecuentemente dañado, o su opuesto maníaco, como manera de negar en forma omnipotente los sentimientos de minusvalía y fracaso.

Debido a lo anterior se comprueba la hipótesis formulada en la presente investigación.

Bibliografía

Ajuriaguerra, de J. (1983). **Manual de Psiquiatría Infantil**. Barcelona-México: Masson.

Amezcuca, M. J. A: y Pichardo, M. M. C. (2000). **Diferencias de género en autoconcepto en sujetos adolescentes**. Anales de Psicología. 16 (2), 207-214.

Bauermeister, J. J. (2003). **El déficit de Atención y la Funciones Ejecutivas**. www.chadd.org/webpage.cfm?CAT_ID=13&SUBCAT_ID=57&SEC_ID=0

Beley, A. (1980). **Niños Inestables**. Barcelona: Planeta

Benjumea, P. P. y Mojarro, P. M. D. (1992).. **Trastornos por déficit de atención hipercinéticos: de Hoffman a la CIE 10**. Psiquis. 13(5), 200-207.

Belloch, A. Sandín, B y Ramos, F. (). **Manual de Sicopatología. Vol 2**. México: Mc Graw-Hill.

Bronet, L. y Brusa, M. (2004). **Autoestima en la infancia**. www.aepap.org

Bodan, D. L. (2001). **A comparison of aggression in children with attention déficit-hyperctivity disorder with and without learning disabilities**. Dissertation, abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering, 62 (4-B). Oct.

Busing, R. Zima, B. y PERwien, A. R. (2000). **Self-esteemm in special education children with ADHD: Relationship to Disorder Characteristics ND Medication Use**. Journal of the American Academy of Child and adolescents Psychiatry. 39 (10). October. 1260-1269.

Caballero, H. M. (2000). **La manera como influyen los mensajes verbales de los padres en la autoestima del niño**. Tesis Licenciatura. UNAM

Cloninger, S. C. (2003). **Teorías de la personalidad**. México: Prentice-Hall

Cueli, J. y Reidl, L. (1975). **Teorías de la personalidad**. México: Trillas.

Dicaprio, N. (1989). **Teorías de la personalidad**. México: Trillas.

Dosreis, S. (2003). **Parental perceptions and satisfaction with stimulant medication for Attention Deficit Hyperactivity Disorder.** Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics. Abstract, 24(3). Jun. 155-162

Egea, D. (2004). **Inestabilidad Psicomotriz.** www.socolinsky.sion.com/cidinfo11a.htm

Erikson, E. H. (1985). **El ciclo vital completado.** Buenos Aires: Paidós.

Erikson, E. H. (1993). **Infancia y sociedad.** (12 edición). Argentina: Lumen-Homé.

Espinosa, A. E. (2000). **La autoestima un factor protector para el consumo de drogas en adolescentes estudiantes del D. F.** Tesis Licenciatura: UNAM.

Evans, R. L. (1975). **Dialogo con Eric Erikson.** México: Fondo de Cultura Económica

Fajardo, V. V. (2001). **La autoestima en adolescentes mexicanos: su relación con la ansiedad, la depresión y la asertividad.** Tesis Licenciatura. UNAM.

Frankel, F., Cantwell, D. P., Myatt, R. y Feinberg, D. T. (1999). **Do stimulant improve self esteem in children with ADHD and peer problems?.** Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology. 9(3). 185-194

Freud, A. (1971). **Normalidad y patología en la niñez.** (7ª reimp., 1991). Argentina: Paidós

Freud, S. (1914-1916). **Obras completas.** Argentina: Amorrortu.

Fromm, E. (1980). **El arte de amar.** Buenos Aires: Paidós.

García, C. J. L. (1989). **Plan de acción tutorial. Programa de desarrollo del autoconcepto.** www.educa.rcanaria.es/usr/lujose/AUTOCONCEPTO.htm

García, P. M. E. Y Magaz, L. A. (2003). **Actualidad sobre el TDAH.** www.tda-h.com

García, P. (2001). **Fracaso Escolar en Educación Primaria y Secundaria y Trastorno por Déficit de Atención con y sin hiperactividad.** www.tda-h.com

García, S. C. (1992). **Trastorno atencional con o sin hiperactividad: un enfoque neuropsicológico.** Revista de logopedia, foniatría y audiología. 12(4). 223-230

Gelpí, M. F. (2003). **Más allá de un diagnóstico oficial.** www.chadd.org/webpage.cfm?CAT_ID=13&SUBCAT_ID=57&SEC_ID=0

Gómez-García, A. M.; Frank, M. y Garófalo-Gómez, N. (2003). **Trastorno por déficit de atención en la adolescencia.** www.psiquiatria.com/interpsiquis2003/9882

González, B. R. (2000). **Psicopatología del niño y del adolescente.** Pirámide

González, N. J. de J., Cortés, D. Y. E, y Padilla, V. M. T. (1994). **La imagen paterna y la salud mental en el mexicano.** México: Universidad Autónoma de Guerrero. Escuela Superior de Ciencias Sociales en Unión con el Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social, a. c.

González, N. J. de J., Rodríguez, C. M. del P. (2002). **Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica.** México: Ed. Plaza y Valdes e IIPCS.

González, P. A. (2008). **Instrumento de expresión afectiva desde un punto de vista de la psicología clínica.** Alétheia. Psicología y Psicoanálisis. 27. México: Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social, a. c.

Gratch, L. O. (2000). **El Trastorno por Déficit de Atención. (ADD-ADHD). Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez.** México: Medica Panamericana

Hernández, C. A. (2001). **La autoestima en adolescentes con padre alcohólico.** Tesis Licenciatura: UNAM.

Herranz, J. L. (2001). **Tratamiento Farmacológico del niño con Trastorno de Atención e hiperactividad.** www.tda-h.com

Herrera, F. (2004). **¿Cómo interactúan el autoconcepto y el rendimiento académico en un contexto educativo pluricultural?** www.campus-oei.org/revista/investigación6.htm

Hetchman, L. (2004). **Academia achievement and emotional status of children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment.** Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Abstract, 43(7). Jul. 812-819

Hornstein, L. (2000). **Narcisismo, autoestima, identidad, alteridad.**

Ivorra, G. S. (2003) **¿Tienen los niños superdotados mayor autoconcepto que sus iguales que no lo son?**
<http://intercentres.cult.gva.es/cefire/03402150/cefire/congresos/2003/Material/Comunicaciones/Com08.pdf>

Ledesma, E. M. A. y Pan, G. L. (2002). **La autoestima en el niño con problemas de aprendizaje, en el segundo nivel del centro de atención pedagógica durante el ciclo escolar 2000-2001.** Tesis Licenciatura: Universidad Don Vasco A. C.

Loney, J. (1974). **The intellectual functioning of hyperactive elementary school boys: a cross-sectional investigation.** American Journal Orthopsychiatry. 44(5), October. 754 -762.

Marcelli, D. Y Ajuriaguerra, de J. (1996). **Sicopatología del niño.** México: Masson.

Matson, J. L. (1993). **Handbook of hyperactivity in children.** United States of America: Allyn and Bacon.

Miranda, V. L. F. (2007). **La distonía en la relación padre-hijo: el fracaso de la paternidad.** En Sintonía y distonía en la afectividad masculina. México: IIPCS e Instituto Politécnico Nacional.

Miranda, Presentación y Rosello. (2000). **Trastornos hiperactivos.** En González, (Comp). **Psicopatología del niño y del adolescente.** Pirámide.

Mruk, C. (1995). **Auto-Estima. Investigación, Teoría y Práctica.** Bilbao: Desclée De Brouwer.

Oñate, M. P. (1989). **El autoconcepto. Formación, medida e implicaciones en la personalidad.** Madrid: Narcea Ediciones

Owens, T. J., Stryker, S. y Goodman, N. (2001). **Extending Self-esteem. Theory and Research Sociological and Psychological Current.** ED. Cambridge University Press.

- Padilla, V. M. (2003). **Psicoterapia de Juego. México: Plaza y Valdez**
- Pérezbiachelanni, A. S. (2000). **Dificultades de aprendizaje en el niño varón, hijo de madre que trabaja.** En González, N. J. de J. (2000). **Los cambios del hombre frente a la metamorfosis de la mujer.** México: Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social, A. C.
- Phares, E, J. (1996). **Psicología clínica. Conceptos, métodos y práctica.** México: Manual Moderno.
- Pichot, P. Valdéz, M. M., (1996). **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV.** México: Masson.
- Plaza, E. E. A. (2007). **Identidad personal e identidad psicoanalítica.** En Sintonía y distonía en la afectividad masculina. México: IIPCS e Instituto Politécnico Nacional.
- Puyuelos, S. M. (1981). **Introducción a Wallon (Wallon y la Psicomotricidad). Vol. II.** Barcelona: Editorial Médica y Técnica, S. A.
- Real, del F. (2001). **Trastorno del** www.aloja.cl/pdf/trastorno.pdf.
- Rizo, M. P. y Sotelo, A. C. (2007). **Congruencia entre los valores explícitos y su transmisión en una comunidad de adolescentes.** En Sintonía y distonía en la afectividad masculina. México: IIPCS e Instituto Politécnico Nacional.
- Rodríguez, E. M., Pellicer, F. G. y Domínguez, E. M. (1988). **Autoestima. Clave del éxito personal.** . México: Manual Moderno.
- Romero, R. H. (2003). **Caracterización neuropsicológica de niños con TDAH.** Tesis Licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Iztacala
- Romero, I. N. (2004). **Guía para padres.** Tomo 2. México: Universal
- Santiago de, H. F. J., Fernández, G. M. J. Y Guerra C. L. R. (1999). **Psicodiagnóstico dinámico a través de las técnicas proyectivas.** Salamanca: Amarú ediciones.
- Senties G. M. V: (2003). **La autoestima en madres con hijos con déficit de atención e hiperactividad y la autoestima de sus hijos. Un estudio comparativo.** Tesis Licenciatura: UNAM.
- Servín, T. J.L.; Requena, G. H. y Cortés, L. G. (). **La valoración del autoconcepto en niños.**

Válles, C. M. F. (2007). **El papel de la madre sustituta en la salud del padre y del hijo**. Alétheia. Psicología y Psicoanálisis. 26. México: Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social, a. c.

Vázquez, H. M. (1995). **Un estudio comparativo de la autoestima de niños eneuréticos y no eneuréticos**. Tesis Licenciatura: UNAM.

Verduzco, A. I. M. A. (1992). **La Autoestima en niños con Trastorno por Déficit de Atención**. Tesis Maestría: UNAM.

Warren, M. A. (2004). **Parent-child interactions with ADHD children: Parental empathy as a predictor of child adjustment**. Dissertations abstracts international: section B: The Sciences and engineerin Vol. 64 (9-B).

Wicks-Nelson, R. y Alen, C. I. (1997). **Sicopatología del niño y del adolescente**. 3ª edición. México: Prentice-Hall.

Winnicott, D. (1971). **Realidad y Juego**. Argentina: Paidós.

White, R. W. (1973). **El yo y la realidad en la Teoría psicoanalítica. Una propuesta acerca de las energías independientes del yo**. Argentina: Paidós.

Zinser, O. (1992). **Psicología experimental**. México: McGraw-Hill.