

## ARTÍCULO ORIGINAL

### **Modificación de conocimientos en familiares de niños y niñas con trastornos por déficit de atención**

### **Modification to knowledge in relatives of children with disorders due to attention deficit**

**MsC. Daury Elena Duany Veranes,<sup>1</sup> MsC. Vilma Álvarez Cuñat<sup>2</sup> y MsC. Edirio Pérez Reyna<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Licenciada en Psicopedagogía. Máster en Medicina Natural y Tradicional. Profesora Auxiliar. Hospital Infantil Norte "Dr. Juan de la Cruz Martínez Maceira", Santiago de Cuba, Cuba.

<sup>2</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Psiquiatría Infantojuvenil. Máster en Medicina Natural y Tradicional. Profesora Auxiliar. Hospital Infantil Norte "Dr. Juan de la Cruz Martínez Maceira", Santiago de Cuba, Cuba.

<sup>3</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Psiquiatría Infantojuvenil. Máster en Atención Integral al Niño. Instructor. Hospital Infantil Norte "Dr. Juan de la Cruz Martínez Maceira", Santiago de Cuba, Cuba.

### **RESUMEN**

Se realizó una intervención educativa para modificar los conocimientos de 22 familiares de niños y niñas con trastornos por déficit de la atención, hiperactivos o no, que asistieron a la consulta de psicopedagogía del Hospital Infantil Norte "Dr. Juan de la Cruz Martínez Maceira" de Santiago de Cuba, desde enero hasta mayo de 2009, con la finalidad de que adquiriesen estilos de conducción educativa adecuados para comprender y controlar a los menores. Se revisaron las historias clínicas de estos últimos y se aplicaron a los padres la entrevista y la prueba de funcionamiento familiar FF-SILL. El diseño de la actividad educativa contempló 8 sesiones semanales de trabajo, de 50 a 60 minutos cada una, durante las cuales se utilizaron técnicas participativas, así como de control y evaluación de los encuentros. Los resultados del estudio fueron los esperados en sentido general, de donde se deduce que sería muy beneficioso extender esta modalidad de enseñanza-aprendizaje a todas las familias que manifiesten hallarse en esa situación y a los entornos escolares.

**Palabras clave:** niño, escolar, hiperactividad, déficit de la atención, estudio de intervención, prueba de funcionamiento familiar, consulta de psicopedagogía, hospital pediátrico

### **ABSTRACT**

An educational intervention to modify the knowledge of 22 relatives of boys and girls with disorders due to attention deficit, with hyperactivity or not, who attended the Psychopedagogy consulting room from "Dr. Juan of the Cruz Martínez Maceira" Northern Children Hospital in Santiago de Cuba was carried out from January to May, 2009, with the purpose that they acquire appropriate educational conduction styles to understand

and control those children. The medical records of these children were reviewed and the interview and test of family performance FF-SILL were applied to the parents. The design of the educational activity comprised 8 weekly working sessions, with 50 to 60 minutes duration each, during which participating, control and evaluation techniques were used. The results of the study were the expected ones in general sense, from which it is inferred that it would be very beneficial to extend this teaching-learning modality to all the families which are in that situation and to the school environments.

**Key words:** child, schoolchild, hyperactivity, attention deficit, intervention study, test of family performance, Psychopedagogy consulting room, children hospital

## INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención, con hiperactividad o sin ella (TDAH), es la alteración conductual más comúnmente diagnosticada en niños y niñas, que afecta entre 3-5 % de los que se encuentran en edad escolar y predominantemente a los varones.<sup>1</sup>

Se caracteriza por la evidente dificultad para concentrar la atención por mucho tiempo en una labor determinada y por las muestras de hiperactividad -- esta última manifestada clínicamente de tan variadas formas, que lleva a los menores a cambiar de una tarea a otra sin acabar ninguna --; todo lo cual, además de afectar la integración social y el rendimiento académico de la población pediátrica que presenta esos desajustes comportamentales, constituye un verdadero reto para cualquier familia.<sup>2</sup>

Es uno de los problemas más prevalentes en psiquiatría infantil y el causante de no menos de 30 % de la asistencia a consultas de salud mental infantojuvenil.<sup>3,4</sup>

La impulsividad cognitiva de muchos de estos niños les hace cometer constantes indisciplinas en los planteles, conducentes a malos rendimientos escolares, expulsiones de clases e incluso repeticiones de cursos, acompañadas de fuertes censuras por parte de profesores y condiscípulos; en el hogar se muestran hiperactivos y desobedientes, de manera que condicionan estados desfavorables para los familiares u otras personas que viven con ellos, quienes generalmente tratan de controlarles de forma inadecuada y les aplican medidas incompatibles con ese problema del desarrollo, por lo que inconscientemente, lejos de mejorar las manifestaciones neuropsicopatológicas, las agudizan, con el gran riesgo de empeorar el comportamiento indeseado y contribuir a la formación de un adulto inadaptado o con un claro componente disociativo.<sup>5,6</sup>

Por consiguiente, se impone que familia, médico, maestro y sociedad no traten a este niño como a un malcriado, rebelde sin causa, bellaco, violento e insoportable, sino como a un menor enfermo, que necesita ayuda, tratamiento interdisciplinario y comprensión. Solo convencidos de esa realidad es que podrá apoyárseles como merecen.<sup>7</sup>

Esta situación, típica del síndrome hiperkinético de la infancia, fue un poderoso incentivo para elaborar el presente artículo con la finalidad de socializarlo y enriquecerlo.

## MÉTODOS

Se realizó una intervención educativa, dirigida a 22 familiares de 15 niños y niñas que presentaban trastornos por déficit de la atención e hiperactividad (aunque esta última no

siempre existía), diagnosticados en la consulta de psicopedagogía del Hospital Infantil Norte "Dr. Juan de la Cruz Martínez Maceira" de Santiago de Cuba, durante el período de enero a mayo de 2009, con vistas a modificar los estilos de conducción educativa de estos menores, generalmente inadecuados por parte de sus padres o parientes.

Los familiares recibieron explicaciones detalladas acerca de los objetivos y beneficios de esta investigación, así como también en relación con el hecho de que los datos aportados serían estrictamente confidenciales y de forma exclusiva utilizados con fines puramente científicos. Con esa certeza fue que consintieron en participar.

Se revisaron las historias clínicas de los niños y niñas con TDAH, se coordinaron entrevistas con los padres u otros parientes y se les aplicó la prueba de funcionamiento familiar FF-SILL, por medio de la cual se determinaron las siguientes variables: edad, parentesco con el menor, escolaridad, ocupación, tipo de familia, funcionamiento familiar, conocimiento sobre el trastorno y estilos de conducción educativa (benévolo firme o con rigidez, autoritarismo, permisividad, sobreprotección, rechazo, maltrato, conducta culpabilizante, inconsistencia y niveles de exigencia por encima de las posibilidades individuales de los pequeños).

### **Estructura general de las sesiones terapéuticas**

El programa se estructuró en 3 fases, teniendo en cuenta las características del estudio y los aspectos a tratar:

- Fase inicial: 1 sesión  
Es ese contexto se creó el clima sociopsicológico adecuado, necesario para desarrollar las sesiones subsiguientes.
- Fase intensiva o desarrolladora: 6 sesiones  
A lo largo de estos encuentros se analizó con los familiares el contenido teórico de los diferentes temas.
- Fase evaluativa o final: 1 sesión

Las sesiones de trabajo transcurrieron por varios momentos esenciales, de acuerdo con una secuencia lógica: encuadre, caldeamiento, modalidades, rescate, devoluciones y cierre.

El programa de intervención educativa contó con 3 componentes personales básicos: psicopedagogo, psiquiatra infantojuvenil y familiares de niños de ambos sexos con TDAH.

Se efectuaron 8 sesiones de trabajo semanales, de 50 a 60 minutos cada una, durante las cuales se utilizaron técnicas participativas, de control y evaluativas de la actividad.

### **Estructura interna en la planificación de las sesiones**

Sesión 1. Tema: Encuentro con el grupo

Sesión 2. Tema: Familia

Sesión 3. Tema: Comunicación familiar

Sesión 4. Tema: De paseo con mi grupo

Sesiones 5, 6 y 7. Tema: Estilos de conducción educativa familiar

Con referencia a estas últimas cabe puntualizar que en la quinta se debatieron los estilos: rigidez, autoritarismo, permisividad y sobreprotección; en la sexta: rechazo, conflictos en relación con la crianza del niño y maltrato; y en la séptima:

conducta culpabilizante, inconsistencia en la conducción y niveles de exigencia por encima de las posibilidades individuales de los pequeños.

Sesión 8. Tema: Evaluación y actividad final

## RESULTADOS

En cuanto a los familiares según grupos etarios, entre los 22 participantes predominaron las madres (15, para 68,2 %): 10 (66,7 %) de 20-40 años y 5 (33,3 %) de 41-60; seguidas de 3 padrastros (13,6 %) de 41-60, así como de 2 padres (9,1 %) de 20-40 y 41-60, respectivamente, e igual número de abuelos (9,1 %) de 60 y más.

Con referencia al nivel de escolaridad, 11 familiares eran universitarios (50,0 %): 10 trabajadores en activo (90,9%) y 1 jubilado (9,1%), así como 9 habían cursado el preuniversitario (40,9 %): 5 (55,6 %) continuaban estudiando y 4 (44,4 %) estaban incorporados al trabajo.

De acuerdo con la clasificación de las familias: 7 resultaban extensas (46,7 %), 5 nucleares (33,3 %) y 3 ampliadas (20,0 %).

Acercas del funcionamiento familiar, primaron las familias moderadamente disfuncionales, con 7 (46,7 %): 4 extensas (57,1 %), 2 nucleares (28,6 %) y 1 ampliada (14,3 %), seguidas por 5 disfuncionales (33,3 %): 3 ampliadas (60,0 %) y 2 extensas (40,0 %); solo 3 clasificaban como funcionales (20,0 %): 2 nucleares (66,7 %) y 1 extensa (33,3 %).

Antes de la intervención educativa, apenas 11 de los 22 familiares poseían conocimientos generales sobre el TDAH, distribuidos en 10 madres (90,9 %) y un padre (9,1 %); pero después de efectuada, todos modificaron, adquirieron o incrementaron la información al respecto, particularmente acerca de los estilos de conducción de los menores, puesto que eran inadecuados en 18 de ellos (81,8 %): manifiesto en 12 madres (66,7 %), 3 padrastros (16,7 %), 2 abuelas (11,1 %) y 1 padre (5,6 %).

## DISCUSIÓN

El TDAH es un problema de salud mental que se identifica fundamentalmente por desatención, hiperactividad e impulsividad; todo lo cual puede causar alteraciones emocionales, dificultar las relaciones interpersonales, condicionar un bajo rendimiento académico o acompañarse de otros trastornos que impidan adaptarse a los requerimientos del medio: psicosociales, culturales y familiares, por mencionar algunos de los factores interactuantes.<sup>8</sup>

Se impone aunar fuerzas para modificar los factores de riesgo y evitar el desarrollo de las circunstancias desencadenantes que agravan el cuadro clínico en estos niños. Urge hacerlo con acciones transformadoras y no simplemente orientadoras, pues solo así podrá incrementarse el bienestar de estos menores, sobre todo en su medio parental, donde son muy a menudo incomprendidos e inadecuadamente juzgados.

La familia, como célula básica de la sociedad, debe mantenerse en continuo perfeccionamiento; por tanto, para los familiares de estos niños es vital conocer las características del síndrome para poder comprender por qué suelen actuar

contracorriente, evitar el agravamiento de las malas conductas y propiciar una mejor conducción de su comportamiento en diferentes entornos.<sup>9-11</sup>

En la formación de la personalidad de niños y niñas son decisivos los estilos de conducción educativa empleados por progenitores u otros familiares, por lo que la situación ideal sigue siendo la de un acuerdo, lo más completo posible, entre los adultos formadores (padres, abuelos, maestros...); todo en función de inculcarles buenos hábitos y moldear su carácter, teniendo en cuenta que el TDAH es un factor de riesgo para presentar trastornos conductuales en el futuro, debido esencialmente a factores ambientales como alteración de las relaciones sociales, problemas familiares o padres hostiles.<sup>12</sup>

De hecho, en estos casos se tiende a utilizar determinados métodos educativos como el autoritario, el maltrato, el rechazo y el nivel de exigencias por encima de sus posibilidades individuales, entre otros; pero lamentablemente apenas se aplican el racional, el persuasivo o el benévolo firme, que además de estar basados en argumentos lógicos y convincentes para explicar la necesidad de un comportamiento, permiten participar en la toma de decisiones.

Algunos padres se muestran más violentos e hipercríticos en el uso de la disciplina, otros son regularmente más permisivos e inconsistentes, en tanto unos terceros se inclinan hacia no castigar o hacerlo desproporcionadamente; sin embargo, estas formas de proceder, paradójicamente, lejos de reforzar las buenas costumbres conducen a ignorar las conductas y manifestaciones positivas.<sup>11,12</sup>

Numerosas familias acusan a estos niños de perezosos, inatentos o majaderos; pero además de lo anterior les dicen que si se esforzaran, prestaran atención o quisieran, aprenderían con igual rapidez y facilidad que los demás. Como esa afirmación es incierta, los menores con trastorno por déficit de atención, con hiperactividad o sin ella, enfrentan una circunstancia imposible de resolver, que incluso es aún más crítica cuando llegan a pensar que fracasan por su culpa.

Estas situaciones se observan comúnmente en las madres, quienes suelen formular bastante a menudo expresiones como las siguientes: "¡Me vas a enfermar!", "¿No te da pena hacer sufrir así a tu mamá (o tía, papá, abuelito...)?" "Tu mamá está enferma por tu culpa", y así sucesivamente. Aun cuando los menores parezcan haberse "acostumbrado a oír esas frases" por las tantas veces que las escuchan, lo cierto es que pueden generar sentimientos de reproche e inferioridad en ellos.

Para los familiares rígidos, ceder o hacer concesiones incluso en cuestiones de menor cuantía, equivale a una derrota o pérdida de su fuerza moral. Esa forma de proceder se acompaña de un nivel de exigencia excesivo para la edad del niño en cuanto a modales, hábitos sociales y rendimiento en general, sobre todo en la escuela. Se trata de personas intransigentes con las fallas o errores normales de todo ser humano, particularmente cuando son cometidos por los pequeños, lo cual condiciona que el mayor número de contactos entre adultos y menores provoque conflictos.

Otro estilo de conducción educativa inadecuada es el autoritarismo, capaz de engendrar a corto plazo actitudes de sumisión, rebeldía o ambas en la infancia, que es lo más usual; y ya en la adultez, caracteres inflexibles y con frecuencia violentos.

La sobreprotección favorece la formación de niños intranquilos, inseguros e indefensos, sobre todo en las relaciones interpersonales con sus contemporáneos, si bien este efecto

es mayor cuando existe una predisposición genética a la excesiva evitación social (temor al extraño), al desmedido apegamiento (ansiedad de separación) y a la ansiedad como tal. En su interacción con otros se intercambian constantemente señales de impaciencia y se potencian recíprocamente sus inquietudes.

En cuanto a los sentimientos de rechazo, algunos familiares piensan que esa agresividad y reprimenda constantes ayudan a corregir su conducta inconveniente desde la niñez, o sea, que todo lo que hacen ellos como adultos, es "por su bien".<sup>9</sup>

Aunque en la casuística primaron las familias moderadamente disfuncionales, disfuncionales y ampliadas, esas condiciones no obstaculizaron que se llevara a efecto la intervención. Esta última contribuyó a modificar o cambiar por completo el comportamiento de padres u otros familiares hacia los niños con ese déficit, toda vez que entendieron por qué se conducían de ese modo.

Según Campos,<sup>12</sup> las intervenciones no farmacológicas contemplan educación, consejería, así como terapia individual y familiar. Estos menores, además de precisar ayuda escolar y psicológica, necesitan mucho control por parte de los padres para vigilar con quiénes andan y qué ambientes frecuentan; pero los progenitores también pueden ser asesorados por profesionales de la psicología y es fundamental que tanto ellos como los médicos apoyen a los profesores.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Román Hernández M, Peón Valdés TA, Galeano Ramírez MC, Gómez García AM, Martín Reyes M. Trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad. Normas de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008.
2. Rodríguez Aguiar CM, Jacomino Fernández D, Quesada Sanabria RM, León Medina D. El niño con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. <[http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol14\\_1\\_08/hab05108.htm](http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol14_1_08/hab05108.htm)> [consulta: 4 noviembre 2009].
3. Michanie C. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA/H) <[http://www.alcmeon.com.ar/5/17/a17\\_06.htm](http://www.alcmeon.com.ar/5/17/a17_06.htm)> [consulta: 12 mayo 2010].
4. Fernández Pérez M, López Benito M. Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad en la infancia (TDAH): evaluación en la consulta pediátrica. <<http://www.didacticalvs.com/psico/TDA/EVALUACI%D3N%20DEL%20TDA%20EN%20LA%20CONSULTA%20PEDI%20C1TRICA.pdf>> [consulta: 8 junio 2010].
5. Roca Perara MA, Alemán Arias LC. Caracterización general de las alteraciones psicológicas popularmente conocidas como hiperactividad: déficit de la atención-trastorno de hiperactividad (ADHD). Rev Cubana Psicol 2000; n17(3). <[http://pepsic.homolog.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0257-43222000000300002&script=sci\\_arttext](http://pepsic.homolog.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0257-43222000000300002&script=sci_arttext)> [consulta: 8 junio 2010].
6. Jacomino Fernández D, Rodríguez Aguiar CM, del Toro Zamora MA, Quesada Sanabria RM. Frecuencia del trastorno por déficit de atención en una escuela primaria. <[http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol14\\_2\\_08/hab08208.htm](http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol14_2_08/hab08208.htm)> [consulta: 4 noviembre 2009].

7. Vaquerizo J. Evaluación clínica del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, modelo de entrevista y controversias. Rev Neurol 2008; 46(1). <<http://www.psiquiatria.com/articulos/hiperactividad/diagnostico/35770/>> [consulta: 8 junio 2010].
8. Wemmer U. El síndrome hiperkinético en la infancia. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Med Biol 2002; 15(4):100-4.
9. Orosa T, Verger L, Arés P. Selección de lecturas sobre las edades y la familia. La Habana: Editorial Félix Varela, 2006.
10. Ares Muzio P. Psicología de familia. Una aproximación a su estudio. La Habana: Editorial Félix Varela, 2007.
11. Palacios Cruz L, Romo Nava F, Patiño Durán LR, Leyva Hernández F, Barragán Pérez E, Becerra C. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastorno bipolar pediátrico, ¿comorbilidad o traslape clínico?: una revisión. II parte. Salud Ment 2008; 31(2). <[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252008000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252008000200002&script=sci_arttext)> [consulta: 8 junio 2010].
12. Campos Hernández GM. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Rev Perú Pediatr 2007; 60(2). <<http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/rpp/v60n2/pdf/a10v60n2.pdf>> [consulta: 4 noviembre 2009].

Recibido: 16 de junio de 2010

Aprobado: 2 de julio de 2010

**MSc. Daury Elena Duany Veranes.** Hospital Infantil Norte "Dr. Juan de la Cruz Martínez Maceira", calle 8, reparto Fomento, Santiago de Cuba, Cuba.  
Dirección electrónica: [dilly@medired.scu.sld.cu](mailto:dilly@medired.scu.sld.cu)