



**UNIVERSIDAD CENTRO OCCIDENTAL
“LISANDRO ALVARADO”
DECANATO DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA**



**MECANISMOS DE ADAPTACIÓN QUE USAN LAS MADRES DE NIÑOS
CON EDADES COMPRENDIDAS ENTRE TRES A SEIS
AÑOS DE EDAD, QUE PRESENTAN DÉFICIT DE ATENCIÓN
E HIPERACTIVIDAD (TDA/H). CONSULTA DE
NEUROPEDIATRÍA HOSPITAL PEDIÁTRICO
DR. “AGUSTÍN ZUBILLAGA”**

Barquisimeto, marzo 2011



**UNIVERSIDAD CENTRO OCCIDENTAL
"LISANDRO ALVARADO"
DECANATO DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA**



**MECANISMOS DE ADAPTACIÓN QUE USAN LAS MADRES DE NIÑOS
CON EDADES COMPRENDIDAS ENTRE TRES A SEIS
AÑOS DE EDAD, QUE PRESENTAN DÉFICIT DE ATENCIÓN
E HIPERACTIVIDAD (TDAH). CONSULTA DE
NEUROPEDIATRÍA HOSPITAL PEDIÁTRICO
DR. "AGUSTÍN ZUBILLAGA"**

Autores:

Yenireé Gallardo
Elizabeth Durán
Pedro Guédez

Tutora:

Dra. Elsa Vargas

Barquisimeto, marzo 2011

DEDICATORIA

Hoy se cumple una meta, el logro de un objetivo, el resultado de un largo camino recorrido, donde con esfuerzo y dedicación, y el apoyo incondicional de tantas personas fue posible el éxito alcanzado. A todos estos seres maravillosos que creyeron en nosotros les dedicamos nuestro triunfo principalmente:

*A Dios por permitirnos lograr nuestras metas y ser la luz que guía nuestro camino.
A nuestros padres, por ser los pilares fundamentales de motivación para el logro de nuestros sueños y ser nuestros orgullos en el mundo; merecedores de nuestros éxitos.
A nuestros hermanos, por brindarnos su apoyo.*

AGRADECIMIENTO

Es sumamente gratificante saber que se cuenta con personas que en todo momento están dispuestos a brindarnos su apoyo desinteresado. Es por ello, que en esta oportunidad le agradecemos:

A Dios por estar en cada momento con nosotros, por caminar a nuestro lado y ser nuestro guía espiritual para el logro de nuestros sueños, y el camino que nos conduce a alcanzar nuestras metas.

A nuestros padres, por su amor, por creer en nosotros y por contribuir al alcance exitoso del presente trabajo, por quienes realizamos nuestros esfuerzos para brindarles la alegría de nuestros éxitos.

A nuestros hermanos, por brindarnos su apoyo y confianza.

A nuestra tutora, Dra. Elsa Vargas, por su paciencia, colaboración y grandes aportes en el asesoramiento del trabajo. Y contribución en nuestro desarrollo personal.

A la Lic. Martha Parra por su valiosa contribución en el desarrollo del trabajo y aplicación del instrumento.

Al Lic. Oswaldo Pérez, por su orientación y ayuda.

A la Prof. Naileth Gallardo, por sus apreciadas orientaciones y sugerencias en la realización de nuestro trabajo.

A la Universidad nuestro segundo hogar, por proporcionarnos las herramientas del crecimiento profesional.

A nuestros amigos, familia UCLA con quienes hemos compartido alegrías, tristezas, triunfos y hoy en día este logro, ellos nos enseñaron el verdadero sentido de la amistad, especialmente a Ana, Tahelis Johan, Vanessa, José y Oswaldo.

A las madres que acuden a la consulta de neuropediatría del Hospital Pediátrico “Agustín Zubillaga”, por su colaboración en la ejecución de la investigación.

Ustedes lo hicieron posible, a todos mil gracias.

INDICE

DEDICATORIA.....	p.p.
AGRADECIMIENTO.....	iv
INDICE GENERAL.....	v
INDICE DE GRÁFICOS	vi
RESUMEN.....	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO	1
I EL PROBLEMA	3
Planteamiento del problema.....	3
Objetivos de la investigación	8
Justificación.....	9
II MARCO TEÓRICO	11
Antecedentes del estudio.....	11
Bases Teóricas.....	15
Operacionalización de las Variables	30
III METODOLOGÍA	
Naturaleza de la Investigación	31
Población.....	32
Procedimiento.....	32
Instrumento de Recolección de Datos.....	33
Validación por Juicios de Expertos.....	33
Análisis de los Datos.....	33
IV PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	34
V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
Conclusiones	40
Recomendaciones.....	41
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	43
ANEXOS.....	47
A Formato de validación del Instrumento.....	48
B Certificado de Validación.....	51
C Instrumento de Recolección de Datos	53

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráficos	p.p.
1 Mecanismos de adaptación físicos que usan las madres de niños con edades comprendidas entre 3 y 6 años de edad, que presentan déficit de atención e hiperactividad (TDA/H). Consulta de neuropsiquiatría Hospital Pediátrico. Dr. “Agustín Zubillaga”.....	34
2 Mecanismos de adaptación afectivos que usan las madres de niños con edades comprendidas entre 3 a 6 años de edad, que presentan déficit de atención e hiperactividad (TDA/H). Consulta de neuropsiquiatría Hospital Pediátrico Dr. “Agustín Zubillaga”	35
3 Mecanismo de adaptación sociales que usan las madres de niños con edades comprendidas entre 3 a 6 años de edad, que presentan déficit de atención e hiperactividad (TDA/H). Consulta de neuropsiquiatría Hospital Pediátrico Dr. “Agustín Zubillaga”	36



**UNIVERSIDAD CENTROOCCIDENTAL
LISANDRO ALVARADO
DECANATO DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
INVESTIGACION EN ENFERMERIA**



**MECANISMOS DE ADAPTACIÓN QUE USAN LAS MADRES DE
NIÑOS CON EDADES COMPRENDIDAS ENTRE TRES A SEIS
AÑOS DE EDAD, QUE PRESENTAN DÉFICIT DE ATENCIÓN
E HIPERACTIVIDAD (TD/AH). CONSULTA DE
NEUROPEDIATRÍA HOSPITAL PEDIÁTRICO
DR. “AGUSTÍN ZUBILLAGA”.**

Autores: Yenireé Gallardo.
Elizabeth Durán.
Pedro Guédez.

Tutor: Dra. Elsa Vargas.
Fecha: Marzo 2011.

RESUMEN

El presente estudio corresponde a una investigación de tipo descriptivo, de corte transversal, con un enfoque positivista, apoyada en un diseño de campo. Tuvo como objetivo analizar los mecanismos de adaptación que usan las madres de niños con edades comprendidas entre tres a seis años de edad que presentan déficit de atención e hiperactividad (TD/AH). Los sujetos de estudio fueron doce madres que acudieron a la consulta de neuropsiquiatría del Hospital Pediátrico “Dr. Agustín Zubillaga”. El instrumento utilizado para recabar la información fue: una encuesta basada en un cuestionario estructurado con una escala tipo likert, constituido por 18 ítems. En cuanto al procesamiento de los datos se calcularon las estadísticas de frecuencia y porcentaje, para llegar entre otras a las siguientes conclusiones: a través del instrumento se evidenció que las madres investigadas ponen en práctica tanto mecanismos de adaptación físicos, afectivos como sociales, de acuerdo a la conducta que presenten sus hijos. Entre los mecanismos de adaptación físicos utilizan la televisión para tranquilizar a sus hijos. En lo que respecta a los afectivos aplican la compensación cuando sus hijos realizan una buena acción, si por el contrario sus conductas son inadecuadas utilizan el maltrato verbal. De igual forma las madres encuestadas coincidieron en buscar apoyo profesional como psicólogos, psicopedagogos para controlar a sus hijos y manejar mejor la situación. Igualmente la presente investigación permitió demostrar que el TD/AH es un trastorno común en niños con edades comprendidas entre tres a seis años de edad, tratados en la consulta de neuropsiquiatría del Hospital Pediátrico “Dr. Agustín Zubillaga”.

Palabras claves: Hiperactividad, déficit, atención, madres, niño

INTRODUCCIÓN

Actualmente son innumerables los problemas de salud a los cuales se enfrenta la sociedad, siendo los niños en edad preescolar muy vulnerables a trastornos y afecciones que ponen en riesgo su salud, las cuales no pueden ser abordadas sin la ayuda de los profesionales de la salud. Por ende, el profesional de enfermería cumple un rol protagónico al ser los encargados de prestar, a los infantes, la atención adecuada mediante la aplicación de las funciones básicas de la enfermería escolar.

En tal sentido, los profesionales de la salud son una figura esencial en el sistema escolar para tratar problemas que muchas veces no pueden ser atendidos por los docentes, tal es el caso del trastorno de déficit de atención e hiperactividad el cual es un problema muy importante dentro del ámbito de los trastornos de la conducta del niño, afectando su proceso de aprendizaje, manifestando las maestras que existe un número significativo de niños que presentan problemas de atención, distraídos, no copian, les cuesta mantenerse atraídos por las actividades del aula, por consiguiente esta circunstancia contribuye a una alta demanda de consulta de neuropsiquiatría por padres y educadores.

En este orden de ideas, el déficit de atención e hiperactividad es un trastorno neuroconductual que puede presentarse en cualquier etapa de la vida del ser humano, aunque con mayor frecuencia en la población preescolar. Este se manifiesta a través de ciertas conductas como la inatención, hiperactividad, impulsividad, actividad motora excesiva, agresividad entre otras. Por ende, ante tales conductas las madres ponen en práctica diversos mecanismos de adaptación que le permiten hacer frente a esta situación y actuar de acuerdo a la actitud que presenten sus hijos.

Por tal motivo, el propósito fundamental del presente estudio consiste en analizar los mecanismos de adaptación que usan las madres de niños con edades comprendidas entre tres a seis años de edad que presentan déficit de atención e hiperactividad (TD/AH). Consulta de neuropsiquiatría Hospital Pediátrico Dr. “Agustín Zubillaga”.

En efecto, su aporte consiste en ampliar y afianzar conocimientos en cuanto a la temática abordada, y de igual forma proporcionar un material de apoyo para posteriores estudios, y a profesionales especialistas en el área, con la consiguiente contribución significativa al conocimiento. Igualmente, resaltar la importancia de emprender estudios sobre los problemas más cotidianos en materia de salud, confirmando el compromiso del cuidado humano.

Debe señalarse que el presente trabajo esta estructurado por capítulos: capítulo I, planteamiento del problema; capítulo II, marco teórico; capítulo III, marco metodológico; capítulo IV, resultados-análisis; capítulo V conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Problema

Los seres humanos desde su nacimiento transitan por una serie de etapas durante las cuales se van desarrollando paulatinamente, adquiriendo rasgos y particularidades en cada fase de la vida, entre ellas la etapa preescolar, la cual es de gran importancia para su proceso de maduración tanto intelectual como afectivo comprendida desde los tres años hasta los seis años de vida. Bozhovich, L. (1976).

En este sentido los niños en edad preescolar crecen a su propio ritmo o velocidad dado a su potencial genético y las posibilidades que le proporciona su medio físico, social y afectivo, experimentando grandes cambios que lo capaciten enfrentar y explorar nuevas situaciones, desarrollando habilidades indispensables para su continuo crecimiento. Tal como lo afirma Leal, Q. (2002) “Existen múltiples factores etiológicos relacionados con datos contundentes que explican una predisposición genética que interactúan dinámicamente con el entorno para producir las características clínicas.” que presentan los niños con déficit de atención e hiperactividad.

Siguiendo la misma línea, a lo largo de la edad preescolar se generan cambios personales y contextuales produciendo importantes progresos en la comprensión y regulación emocional, de tal forma que los niños aprendan y expresen interés en el mundo que los rodea a través de la experimentación y de las acciones, por lo tanto buscan tocar, probar, oler, oír y experimentar por su cuenta, estableciéndose como individuos independientes de sus padres.

De esta manera las destrezas que el niño va adquiriendo a partir de los tres años de edad le permiten desempeñar un papel mucho más activo en el ambiente en el cual se desenvuelven con el surgimiento de la marcha y el lenguaje, así como también dominio de las habilidades neuromusculares, logro de la autonomía temprana

e inicio de la socialización y de la tipificación sexual, debido a que el niño en edad preescolar “tiene un gran avance en su motricidad gruesa y fina, buen desarrollo del pensamiento y del lenguaje y amplía sus relaciones extrafamiliares, lo que le facilita su desarrollo integral”, Leal, Q. (2002).

Resulta claro que, los niños en esta etapa suelen ser independientes debido a que pueden expresar sus necesidades y pensamientos a través del lenguaje, lo cual le permite emprender, planear y llevar a cabo sus actividades y lo que desee hacer. Por ende, los niños absorben valores y actitudes de la cultura en la cual son educados, viviendo un proceso de identificación con otras personas lo que representa un aprendizaje emocional y profundo que va más allá de la observación y la imitación de un modelo, generalmente con el padre del mismo sexo. En consecuencia,

“El período preescolar es particularmente propicio para incorporar muchas normas de convivencia social; el amor y comprensión de los adultos significativos son indispensables para el cumplimiento de estos logros, sin ambivalencias y con serena firmeza. Para esto debe existir un acuerdo entre los padres y los adultos significativos”, Leal, Q. (óp. cit).

En este orden de ideas los niños con edades preescolares de hoy en día están sumergidos en un mundo de continuos cambios que influyen en su desarrollo de acuerdo al ambiente en el cual se desenvuelven, por consiguiente la familia y no menos importante la escuela, son parte fundamental de dicho proceso y responsable de su formación integral. De tal modo, la familia a efecto del desarrollo infantil es

“Aquel grupo humano que interactúa positiva o negativamente con el niño de manera compleja y multifactorial, lo que hace que cada niño tenga una familia permanentemente cambiante y con características de desarrollo que determinan lo que el niño es y las herramientas con las que ha de enfrentarse a las etapas de desarrollo venideras”. Leal (op. cit).

Igualmente, la salud escolar en conjunto con la familia y el personal de enfermería, juegan un importante rol en la adquisición de hábitos que favorezcan una mejor calidad de vida y capacitación de cada individuo y a todo el colectivo para mejorar su salud y aumentar el control de esta; donde la enfermera escolar es la figura vital y la persona capacitada en la promoción de la salud escolar, imprescindible en el quehacer educativo, y más importante aun, necesaria para los niños en edades

comprendidas de tres a seis años para impulsarlo a conquistar espacios en su propio entorno familiar, educativo y social en óptima salud. Tal como lo expresa Gallego, G (2003).

“La etapa de la niñez y la adolescencia es delicada y vulnerable, pues la población se encuentra en proceso de formación de hábitos, creencias y competencias, que permitirán desarrollar el propio concepto como persona y ciudadano. Para el logro de este propósito es necesario un trabajo dinámico y permanente, a nivel interinstitucional y transdisciplinario, donde profesionales de la salud y la educación, familias, organizaciones comunitarias,... y otros sectores de la sociedad trabajen unidos para ofrecer la mejor atención y cuidado a la población escolar”.

Considerando lo antes planteado, el rol que la madre debe ejercer durante los primeros años de vida de los niños es clave para el desarrollo integral de estos; una maternidad óptima permite a los niños superar parte de las dificultades inherentes al desarrollo, es por ello, que la madre desde que su hijo nace debe saber responder intuitivamente a todas sus necesidades, debido a que en los primeros meses, el niño halla toda su seguridad en la actitud sostenida por ella, guardando una relación afectiva que le permite entregarse a la gozosa experiencia de una maternidad feliz, que capaciten al niño para la formación de todas las relaciones sociales ulteriores.

No obstante, aun cuando las madres cumplen su rol de una manera distinta, deben saber poner límites lo cual será de gran importancia para el niño debido a que debe aprender a equilibrar el sentido de la responsabilidad y la capacidad de gozar la vida, así como también los comportamientos apropiados de los inapropiados, y de esta forma aprender a través de la obediencia y evaluar sus acciones de acuerdo a las consecuencias formando sus primeros criterios morales debido a que, como lo expresa Wong, D. (1995).

“cada familia tiene sus propias tradiciones y valores y establece sus propias normas de interacción dentro y fuera del grupo. Determina las experiencias que deben tener los niños, de las que deben ser protegidos y las formas en que estas experiencias satisfacen las necesidades de sus miembros”.

Sobre este particular, cuando el rol que debe cumplir la madre ante sus hijos no se cumple al no dictar las exigencias y prohibiciones y no corrige, los niños no logran su propia valoración, reflejando lo que ven, buscando diferenciarse, independizar y

desarrollar su autonomía lo cual muchas veces trae conflicto difícil de controlar por la figura materna.

En la actualidad, muchas de las familias venezolanas enfrentan problemas difíciles de abordar en niños preescolares sin que no puedan ser resueltos por los padres sin la ayuda de profesionales capacitados según la problemática en la cual se encuentra inmerso el niño. Por consiguiente los niños en edades preescolares pueden presentar problemas de conducta que influyen en su adecuado desarrollo; los padres de familia no saben que hacer con un hijo que no sigue las normas; no acepta la guía de los padres, desafía a los mayores, no obedece en el colegio, descalifica la autoridad de las personas encargada de guiarlo, en síntesis, no acata la disciplina familiar es por eso, que la acción educativa, el núcleo familiar y la salud deben ir de la mano, con la finalidad de facilitar los conocimientos adecuados y modificar las actitudes y conductas potencializando estilos de vida saludable en los infantes.

Sobre este particular, el déficit de atención y la hiperactividad son unos de los trastornos más frecuentes en el ámbito de la población clínica infantil de edad preescolar, presentándose la hiperactividad “Entre un 3-15 % en niños normales de edad escolar y en torno al 50 % en muestras clínicas”, según lo indicado por González, M. (1996). De este modo, la hiperactividad viene a representar uno de los trastornos diagnosticados que aparecen con mayor frecuencia en poblaciones clínicas de edad escolar, así como también una alteración psicológica infantil que más problemas de adaptación y conflicto interpersonal genera.

Debe señalarse, que la hiperactividad es un problema que se presenta en cualquier momento de la vida del individuo, aunque prevalece en la etapa preescolar, puesto que en la misma, tal como lo indica la autora citada anteriormente, la hiperactividad

“Se hace más evidente en el inicio de esta etapa en la que se le exige al niño de manera sistemática mantener la atención hacia actividades y tareas escolares, permanecer quietos y sentados durante un tiempo y asumir cierto control sobre su conducta, responsabilizándose de las consecuencias de sus propias acciones”.

Visto de esta forma, la hiperactividad y el déficit de atención pueden pasar desapercibidos por los padres de niños con tales trastornos y solamente se les considera como problemas y se les presta la debida atención cuando sus consecuencias han estado asociadas con dificultades en el rendimiento escolar y por lo tanto en el aprendizaje de los niños. En este sentido, es frecuente que muchos padres, aunque reconocen que sus hijos han sido extremadamente activos y muestran falta de atención desde edades muy tempranas, no acuden a especialistas hasta que entran al sistema escolar debido, en parte, a que el problema se hace más evidente y muchas veces esta ligado al fracaso escolar, por ende es una de las preocupaciones de los padres y mayor aun de las madres de la sociedad actual cuyos hijos transitan por estas dificultades.

Si bien es cierto, ser madres es para un gran porcentaje de mujeres el rol principal, lo cual exige una mayor dedicación de su tiempo, responsabilidad y preparación para responder adecuadamente a las necesidades de sus hijos, y en especial de los que presentan trastornos como la hiperactividad y déficit de atención.

En la Universidad Lisandro Alvarado, en el programa de enfermería se desarrolla en el séptimo semestre la asignatura Concentración del Cuidado Humano I, cuyo objetivo es brindar una atención integral durante el ciclo vital en el entorno individual familiar comunitario e institucional, aplicando los principios técnicos-científicos, éticos, bioéticos y humanísticos, así como también la realización de actividades en las escuelas enmarcadas en el programa de salud escolar, se agrupan en la salud física como lo es el despistaje de agudeza visual, mediciones de peso y talla, valoración de la higiene personal y bucal, y pruebas de lenguaje.

Por su parte, las maestras refieren que en el aspecto cognitivo existen un número importante de niños con problemas de atención, no copian, les cuesta mantenerse enfocados en las actividades del aula y que en algunos casos han entrevistados a los padres y representantes, los cuales manifiestan “no sé qué hacer con este niño” el es diferente al hermanito” ante esta situación de desesperación y preocupación de las madres, la maestra y los estudiantes piden valoración al departamento de servicio de psicopedagogía en el Hospital Pediátrico Agustín

Zubillaga y que además sean tratadas según sea el caso por el equipo de neuropsiquiatría.

De este modo, surge la necesidad de preguntarse ¿Cuáles son los mecanismos de adaptación que usan las madres de niños con edades comprendidas entre tres a seis años de edad, que presentan déficit de atención e hiperactividad. Consulta de neuropsiquiatría Hospital Pediátrico Dr. “Agustín Zubillaga”?

Objetivos del Estudio

Objetivo General

Analizar los mecanismos de adaptación que usan las madres de niños con edades comprendidas entre tres a seis años de edad, que presentan déficit de atención e hiperactividad. Consulta de neuropsiquiatría Hospital Pediátrico Dr. “Agustín Zubillaga”.

Objetivos Específicos

1. Indagar los mecanismos de adaptación que usan las madres de niños con déficit de atención e hiperactividad, con edades comprendidas entre tres a seis años de edad que presentan déficit de atención e hiperactividad. Consulta de neuropsiquiatría Hospital Pediátrico Dr. “Agustín Zubillaga”.

2. Describir los mecanismos de adaptación que usan las madres de niños con déficit de atención e hiperactividad, con edades comprendidas entre tres a seis años de edad que presentan déficit de atención e hiperactividad. Consulta de neuropsiquiatría Hospital Pediátrico Dr. “Agustín Zubillaga”.

Justificación

La formación y enseñanza de un niño con trastorno de déficit de atención e hiperactividad, constituye un reto increíble en la actualidad, puesto que dicho trastorno afecta todos los aspectos de la vida del niño, resultando más evidente en la escuela, siendo los padres y maestros auténticos conocedores del comportamiento de estos niños por la continua convivencia con ellos.

De este modo, la prevalencia e incidencia del déficit de atención e hiperactividad es muy común en la población preescolar, representando una de las categorías diagnosticadas durante las consultas de psicopedagogía y una de las alteraciones psicológicas infantiles que más problemas de adaptación y conflictos interpersonales genera tal como lo señala González, M. (1996).

En este sentido, es de gran importancia el conocimiento de dicho trastorno tanto por educadores y padres para orientar y darles especial atención a los infantes con esta dificultad, así como lo expresa Wong, D. (1995)

“Es necesaria la identificación temprana de los niños afectados, ya que las características de los trastornos interfieren de forma importante en el curso normal del desarrollo emocional y psicológico. Muchos de estos niños, al intentar enfrentarse con la disfunción cognitiva, desarrollan conductas inadaptadas que impiden la adaptación psicosocial”.

Por lo anterior expuesto, la identificación de los trastornos presentes en los niños es fundamental para lograr establecer programas de rehabilitación en forma temprana y hacer intervenciones adecuadas que mejoren la calidad de vida de los niños y de los familiares, en especial las madres quienes poseen la responsabilidad del cuidado y formación de sus hijos. Sobre este particular, muchos padres les resulta difícil comprender las conductas de sus hijos con TDA/H presentando niveles de desconcierto y angustia y más aún cuando “tales conductas provocan respuestas negativas de los demás y la exposición repetida a una retroalimentación negativa afecta de forma adversa a su autoconcepto”. Wong, D. (1995).

En efecto, los padres experimentan diversas reacciones y preocupación ante sus hijos con este trastorno, y más aún al no encontrar los mecanismos que permitan

mejorar el comportamiento de los niños, aumentar el rendimiento académico, mejorar las relaciones interpersonales con familiares y amigos. Los señalamientos anteriores permiten verificar la importancia de los mecanismos de adaptación que usan las madres de niños con edades comprendidas entre tres a seis años de edad, que presentan déficit de Atención e hiperactividad. Consulta de Neuropediatría. Hospital Pediátrico. Dr. “Agustín Zubillaga”.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes

Son muchas las investigaciones que han surgido en torno a esta temática, que buscan dar respuestas a ciertos trastornos que presentan los niños y que influyen en su normal desarrollo. En las investigaciones llevadas a cabo en cuanto al Déficit de atención e hiperactividad y que se encuentran en concordancia con el presente trabajo destacan las siguientes:

Martínez, N. (2006) realizó un estudio sobre “Psicopatología del trastorno por déficit atencional e hiperactividad, en este estudio realiza una revisión sobre la psicopatología del déficit de atención e hiperactividad, el cual se cataloga como un trastorno que se manifiesta por presentar dificultades crónicas en atención, impulsividad e hiperactividad que interfieren visiblemente en el desarrollo social académico, ocupacional o recreativo del niño. Se inicia antes de 7 años y puede un 75% perdurar hasta la vida adulta. Afecta en torno a un 3% y un 5% de los niños; en Colombia se informa de una prevalencia alrededor del 15%. Es más común en hombres que en mujeres.

Por su parte, Schilling, L. y Rosa, F. (2006), en su estudio Características biopsicosociales de los escolares con indicadores de trastorno de déficit de atención e hiperactividad en donde refieren que el TDA/H es uno de los trastornos mas comunes en la infancia y se trata de un síndrome de etiología multifactorial, que depende de factores genéticos y de las adversidades ambientales y sociales. Se estudio 31 niños (con edades comprendidas entre los 7 y 10 años) matriculados en el 1° y 2° cursos de enseñanza primaria de las escuelas estatales de Florianopolis (Santa Catarina, Brasil), con indicadores de TDA/H basados en los cuestionarios del manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) a los que respondieron profesores y padres.

Las madres y otro responsable legal de estos niños respondieron a un formulario biopsicosocial, que contenía cuestiones relativas a los antecedentes pre, peri y post natales, desarrollo neuropsicomotor, ambiente familiar y cuestiones relativas al TDA/H, los resultados mostraron diversos factores de riesgo que pueden tener relación con el trastorno. Muchas de estas características biopsicosociales tuvieron una alta prevalencia en los niños de este estudio; sin embargo, no se pueden considerar una causa de trastorno, sino posibles factores de riesgo. En conclusión resulta relevante el conocimiento de la anamnesis del niño para realizar un diagnóstico más preciso así como para intentar prevenir y tratar ese trastorno.

De igual forma, Bará, S. Pineda, D. Henao, G y Vicuña, P (2003), en su estudio de casos y controles titulado, Perfiles neuropsicológicos y conductuales de niños con trastornos por déficit de atención/hiperactividad de Cali, Colombia, en el cual describían y comparaban el desempeño de un grupo de niños con diagnóstico de TDA/H y un grupo control. Pacientes y métodos. Los cuales seleccionaron 79 niños de 8 a 11 años, agrupados según los criterios del DSM_IV (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) y las puntuaciones totales de una lista de síntomas para TDA/H, en donde se clasificaron 19 como inatentos, 24 mixtos y en el grupo control 36 niños. Se controlaron la edad, el sexo, el estrato socioeconómico y el coeficiente intelectual por encima de 85.

Igualmente encontraron diferencias significativas en el control mental, ejecución continua auditiva, evocación de la figura de rey y el test de Stroop. Así mismo hubo diferencias en la mayoría de las dimensiones de conducta externalizante e internalizante del BASC (Sistema de evaluación de comportamiento del niño) en los formatos para padres, maestros y autoinformes, al igual que cuestionarios de TND (trastorno negativista desafiante) TC (trastorno de conducta) ECP (Escala de Conners para padres) y ECM (Escala de Conners para maestros). Obteniéndose como conclusión que los niños de TDA presentan déficit de atención sostenida y selectiva, memoria visual y control inhibitorio, así como alteraciones en las dimensiones de la conducta similar a lo informado en otros estudios.

Del mismo modo, Córdoba, L. y Verdugo, M. (2003) realizaron un estudio sobre aproximación de la calidad de vida de las familias de niños con TDA/H. España. Cuyo objetivo fue describir y comprender la calidad de vida de familias de niños con TDA/H. En este estudio participaron 24 familias representada por 33 cuidadores primarios y 5 hermanos. Se emplearon dos técnicas de recogida de la información: grupos focales con cuidadores y entrevistas semiestructurada con hermanos. Las categorías previas de análisis fueron: bienestar emocional, interacción familiar y bienestar social. Del análisis surgió una nueva categoría: bienestar físico, focalizada en la medicación. Se encontró que algunas de las características del niño como la desobediencia, la impulsividad y las fluctuaciones en su comportamiento repercuten en el bienestar emocional de la familia.

De igual forma influyen variables ambientales como el manejo del tiempo, la relación con la familia extensa, el colegio y los profesionales. Se identificaron algunos padres insatisfechos con su rol parental, debido a sus fluctuaciones en el comportamiento del niño y las expectativas de cambio o normalidad. En la interacción familiar se observó que en general hay vínculos afectivos estrechos. Con relación al bienestar social, se identificó muy poco apoyo de la familia extensa particularmente de los abuelos.

Igualmente, El Fakih, Y. (2003) en su estudio titulado: Relación entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y niveles de agresividad en sujetos entre 5 y 14 años de edad ingresados por accidentes u otras causas a la sala de emergencia pediátrica del Hospital Universitario de los Andes (IAHULA) evaluó esta asociación además del nivel de agresividad como otro factor predisponente. Fue un estudio de caso/control, en el cual se estudiaron 30 sujetos (casos) entre 5-14 años de edad que consultaron por accidentes en la emergencia pediátrica 30 individuos (controles) del mismo sexo y edad que consultaron por otras causas. En ambos grupos se exploró la presencia de TDA/H y el nivel de agresividad mediante los criterios de la CIE-10 y el cuestionario de Buss y Perry, respectivamente.

Cabe destacar, que la frecuencia de TDA/H y de agresividad fue mayor en los sujetos que sufrieron accidentes, pero las figuras no alcanzaron significación

estadística. Sin embargo, el riesgo relativo indirecto (RRI) de padecer TDA/H y agresividad fue mayor en los casos que en los controles. En los casos, los sujetos con TDA/H tuvieron un RRI de tener altos niveles de agresividad. El análisis por sexo demostró que tanto en hembras como en varones, la frecuencia de TDA/H y de niveles altos de agresividad fue numéricamente mayor en los casos que en los controles. La única figura que alcanzó significación marginal fue la agresividad alta en las hembras del grupo de casos. En síntesis se apreció una tendencia no significativa a mayor frecuencia de TDA/H y agresividad en los sujetos accidentados. En las hembras con accidentes, la agresividad fue mayor. Los resultados sugieren que el TDA/H podría asociarse con la predisposición a sufrir accidentes en la población de esta edad.

Del mismo modo, a nivel regional, Rojas, C. (2000), hizo un estudio sobre Despistaje del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños que asisten a centros educativos de Barquisimeto. Estado Lara octubre 1999- febrero 2000. Dicho estudio tuvo como finalidad diagnosticar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños preescolares con edades comprendidas entre 4 y 6 años de edad, se estudiaron 55 niños seleccionados por conveniencia que asistieron a centros educativos “Stella Cechini”, grupo escolar “Dr. José Gregorio Hernández”, preescolar “Antonio José de Sucre” de Barquisimeto-Venezuela, en el lapso comprendido entre octubre de 1999 y febrero del 2000.

De este modo se encontró que el mayor porcentaje correspondió al género masculino (71 %), el síndrome predominó a la edad de 5 años (48.7 %), el tipo de trastorno predominante fue el tipo combinado (58 %), según la distribución del trastorno por edad, el tipo combinado y TDA/H predominio Hiperactivo-impulsivo predomina a la edad de 4 años (40 %) a los 5 y 6 años predomina el tipo combinado (58.4 % y 66.7 %) respectivamente. Resultaron con coordinación motora fina inadecuada un (61.8 %) y buena coordinación motora gruesa (78.2 %), la patología asociada más frecuente fue las alergias (74.5 %). Los antecedentes familiares de primer orden suman un porcentaje significativo de 58.1%.

Los anteriores planteamientos permiten corroborar la trascendencia que representa el estudio y comprensión de los trastornos de déficit de atención e hiperactividad, para propiciar una adecuada atención a los niños que presentan estas dificultades y de este modo ayudar a los infantes a lograr el mayor éxito posible, su adaptación personal y, en algunos casos la reincorporación a el sistema educativo.

Bases Teóricas

El desarrollo del niño debe seguir una evolución ordenada en la que cada etapa precede y es pre-requisito de la siguiente, y cada etapa a su vez debe ocurrir en un periodo cronológico determinado, que si bien puede tener variaciones individuales, debe darse dentro de ciertos límites considerados de normalidad, entre ellas la edad preescolar.

Edad Preescolar

Es un periodo de descubrimiento, ingenio y curiosidad, en la que los niños aceptan los pactos y las soluciones intermedias. Es una edad relativamente fácil y cómoda para los padres, ya que los niños dominan el control de esfínteres, el autocuidado y presentan una cierta independencia. Su integración en otra comunidad como es el colegio, donde los otros niños comienzan a ser muy importantes para ellos, conlleva a que su mundo no se límite a su hogar y necesite y disfrute de la compañía de otros niños con los que crecerá y aprenderá a compartir juegos y logros de forma natural. Chaure, I. Inarejos, M. (2001).

Los niños en edad preescolar presentan diversas características propias en esa etapa, tal como lo establece Behrman, R. Kliegman, R. y Jenson, H. (2004):

Características Físicas:

Al final del segundo año se frena el crecimiento somático y encefálico, con las correspondientes disminuciones de las necesidades nutricionales y de apetito. Entre los 3 y 5 años de edad el niño gana alrededor de 2 kilogramos de peso y 7 centímetros de altura anuales. La energía física es máxima y la necesidad de sueño disminuye a 11-13 horas diarias. La agudeza visual alcanza la cifra de 20/30 a los 3 años y la de 20/20 a los 4 años. Hay avance de la motricidad fina y gruesa. Caminan con marcha segura y corren estables, logran montar en bicicleta, trepar por los árboles, bailar y otras conductas de patrón complejo.

Características de Lenguaje

El lenguaje es un medio de comunicación a través de sonidos o de gestos en el caso de los sordos, que expresa significados específicos, organizados según determinadas reglas. Cada lenguaje tiene una gramática, un conjunto de reglas que especifican sus tres componentes básicos el sonido, el significado y la estructura. Papalia, D. Wendkos, S. (1988).

El desarrollo del lenguaje ocurre con más rapidez entre los dos y cinco años de edad. A los tres años la mayoría de los niños utiliza palabras posesivas (mi pelota). A los cuatro años hablan en tiempo pasado; y a los cinco años usan el tiempo futuro. La adquisición del lenguaje depende del aporte de su entorno. En este periodo es donde suele aparecer las alteraciones en el desarrollo de la fluidez y la tartamudez. Además utilizan el lenguaje cada vez más, pero sin comprender el significado de todas las palabras, en especial los conceptos de derecha e izquierda, causalidad y tiempo.

Cognición y Juego

La cognición según Myers, D. (2005), se refiere a todas las actividades mentales que están asociadas con el pensamiento, el conocimiento, el recuerdo y la comunicación. En el periodo preescolar, se caracteriza por pensamientos mágicos y egocentrismo. Esto se refiere a que el niño cree que las personas provocan la lluvia si

llevan un paraguas. A esta edad ocurre la preparación para asistir a la escuela y el aprendizaje escolar. El juego se caracteriza por una mayor complejidad e imaginación. Se observa la socialización entre sus compañeros de juego. El juego esta cada vez mas gobernado por reglas y el dominio en la resolución de problemas. La creatividad inherente a todos los juegos se pone de manifiesto, sobre todo al dibujar, pintar y practicar otras actividades artísticas.

Características Emocionales

Papalia, D. y Wendkos, S. (1988) indican que la emoción es la reacción subjetiva al ambiente que van acompañadas de respuestas neuronales y hormonales, generalmente experimentadas y agradables o desagradables y considerada reacciones adaptativas que afectan nuestra manera de pensar.

Los desafíos emocionales que han de afrontar los niños en edad preescolar incluyen aceptación de los límites, al mismo tiempo conserva una sensación de dirección propia, control de los impulsos agresivos y sexuales. Interaccionan con un círculo cada vez más amplio de adultos y compañeros de su misma edad Necesitan creer que merecen la aprobación de los adultos para esforzarse para hacer algo.

También a esta edad al poner a prueba los límites los niños aprenden que conductas son aceptables y cuanto poder ejercen ante los adultos importantes. Los límites demasiado rígidos pueden socavar la sensación de iniciativa del niño, mientras que los demasiados holgados pueden provocar ansiedad ya que sienten que nadie tiene el control de la situación. Están predispuestos a perder el control interno, es decir, a las crisis de ira. Cuando estas son frecuentes después de los cinco años de edad tienden a persistir en la vida de adultos. Los niños en edad preescolar suelen experimentar sentimientos complicados hacia sus padres, que pueden incluir actitud posesiva hacia uno de ellos, celos y resentimientos hacia el otro.

Del mismo modo el juego y el lenguaje favorecen el desarrollo de controles emocionales, al permitir que los niños expresen emociones y disfruten gratificaciones, consideradas tabúes en la vida real. El pudor aparece de modo

gradual entre los cuatro y seis años de edad, con amplias variaciones entre las culturas y las familias.

Por su parte wong, D. (1995) establece como características del niño en etapa preescolar las siguientes:

Características Psicosociales

Al dejar expresar su independencia y negativismo de forma constructiva, está preparado para dirigir su energía a nuevos aprendizajes. Al no ser orientados apropiadamente, los niños pueden aprender conductas inaceptables y, en lugar de sentirse realizados, experimentaran inadecuación, culpa e inferioridad. La principal tarea es adquirir un sentido de iniciativa. El conflicto surge cuando sobrepasan los límites de su capacidad y búsqueda y experimenta un sentimiento de culpa por no haberse comportado de forma apropiada.

En esta fase de evolución se desarrolla un sentido de rivalidad o competencia entre el niño y el padre del mismo sexo. El desarrollo del súperego o conciencia empieza hacia el final de la etapa en que empieza a andar y constituye una tarea principal de los escolares. El desarrollo de la conciencia supone aprender las costumbres socioculturales de la herencia familiar como también aprenderán además de la conducta apropiada, valores de tolerancia, partidista o prejuicios respecto a sus antecedentes étnicos, religiosos y sociales.

Características sexuales

El desarrollo sexual durante estos años es muy importante para la identidad sexual global y para las creencias al respecto del futuro adulto. Los preescolares forman vínculos afectivos fuertes con el padre del sexo contrario, mientras se identifican con el del propio sexo. Con frecuencia imitan los roles sexuales y constituyen una actividad importante. La exploración sexual a menudo es más pronunciada ahora que antes, en especial en cuanto a manipulación y exploración de los genitales. Es probable que las preguntas sobre la reproducción sexual salten ahora

a primer plano. La curiosidad sobre los genitales y los órganos sexuales adultos es normal, así como la masturbación.

Características Espirituales

La fe y las creencias religiosas las aprenden los niños de otras personas importantes de su entorno, normalmente de los padres. Los preescolares tienen la idea concreta de un Dios con características físicas, que suele ser un amigo imaginativo. El desarrollo de la conciencia se liga estrechamente al desarrollo espiritual. A estas edades, los niños están aprendiendo a distinguir lo bueno de lo malo y se comportan como es debido para evitar el castigo. Las oraciones y la observancia de las tradiciones religiosas pueden ayudar a los niños en periodo de estrés.

Por su parte Myers, D. (2005) en su libro Psicología menciona la teoría del desarrollo cognitivo del psicólogo evolutivo Jean Piaget, la cual sostiene que el mismo consta de cuatro etapas:

La etapa sensoriomotora (abarca desde el nacimiento hasta los 2 años).

La etapa preoperacional (de 2 a 6 años de edad).

La etapa de las operaciones concretas (7 a 11 años).

La etapa de operaciones formales (desde los 12 años hasta la edad adulta).

En lo que respecta a la etapa preoperacional Piaget considera a los niños demasiado jóvenes para realizar operaciones mentales. Así como también estos se caracterizan por ser egocéntricos, es decir que son incapaces de captar el punto de vista de otra persona. Sin embargo a pesar de ser egocéntricos comienzan a elaborar una teoría de la mente, la cual se refiere a las ideas de una persona sobre los estados mentales propios y de los demás, respecto de sus sentimientos, percepciones, pensamientos y la conducta que estos podrían predecir.

Salud Escolar

Durante un gran e importante espacio de la vida, todos los niños son acogidos por la escuela, tiempo en el cual las capacidades de desarrollo y acumulación de aptitudes y actitudes son fundamentales para la formación integral de la personalidad. En tal sentido, los programas de salud escolar desarrollados en las instituciones de enseñanza pueden ayudar a los estudiantes durante su desarrollo por lo que es imprescindible una educación en estilos de vida saludable; acciones para el cuidado y protección de los niños y adolescentes, y mecanismos para la construcción de una verdadera cultura de la salud.

Para lograr una adecuada y completa salud escolar, la promoción y la prevención deben considerarse como una estrategia fundamental e indispensable dentro de los programa de enfermería para lograr la salud integral del escolar. Gallego, G. (2003).

Rol / Madre

En todos los grupos familiares, el estatus del padre y de la madre están reconocidos socialmente, como también lo están sus roles, de los que se espera una conducta social apropiada y la crianza y educación de los hijos. Las pautas de conducta que rigen dichos roles proporcionan una atención prolongada a los niños, el grado en que los padres se comprometan y la forma en que desempeñan sus roles dependerá de su respectiva experiencia de socialización.

De este modo, cuando los lazos familiares son fuertes, el control social es muy eficaz y la mayoría de los miembros se adaptan a sus roles de forma gustosa y comprometida. Los conflictos surgen cuando los individuos no cumplen sus roles de la forma esperada por los demás, por no ser consciente de las expectativas ajenas o porque no desea hacerlo.

La Atención

Según Cabanyes, J. y Polaino, A. (1991), la atención es una compleja función neuropsicológica, indicativo de los procesos por los cuales un organismo, en este caso el niño utiliza ordenadamente distintas estrategias, para captar información del medio circundante. Esta pone de manifiesto la estrecha relación existente entre el aprendizaje y el comportamiento. De aquí que, las alteraciones en la atención induzcan cambios en el comportamiento e ineficiencias en el aprendizaje.

Déficit de atención

Constituye un síndrome de respuesta alterada a los estímulos, con compromiso encefálico global o parcial, de origen biológico y desestimulador o quizás genético. Caracterizado por: un retraso madurativo en ciertos sistemas funcionales, desorganización interesistémica y potencial intelectual normal, todo lo que conduce siempre a la instalación de desadaptaciones psicosociales. Wernicke, D. (2004).

Déficit de Atención e Hiperactividad

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDA/H) es un trastorno del comportamiento infantil, de base genética, en el que se hallan implicados diversos factores neuropsicológicos, que provocan en el niño alteraciones atencionales, impulsividad y sobreactividad motora. Se trata, de un problema genérico de falta de autocontrol con amplias repercusiones en su desarrollo, su capacidad de aprendizaje y su ajuste social. Tal como lo señala Cardo, E. y Servera, M. (2005).

Según Rojas, C. (2000) existen tres subtipos de El trastorno por hiperactividad con déficit de atención (TDA/H) tales como:

Tipo predominante distraído: usado si existen al menos seis síntomas de atención, pero menos en el ámbito hiperactivo e impulsivo y presentes por un mínimo de seis meses.

Tipo predominante hiperactivo-impulsivo: usado si existen al menos seis síntomas de hiperactividad-impulsividad pero menos de seis en el ámbito de la atención y están presente un mínimo de seis meses.

Tipo combinado: esta categoría se utiliza si al menos seis síntomas de atención y seis síntomas de hiperactividad-impulsividad están presentes por un mínimo de seis meses.

Asimismo Rojas, C. (2004) señala que los niños con este trastorno se caracterizan por presentar ciertas conductas predominantes, tales como:

Inatención: no terminan las tareas que empiezan, comete muchos errores, no se centran en los juegos, muchas veces parece no escuchar cuando se la habla directamente, tiene dificultades para organizarse, evita las tareas que requiere esfuerzo, muy a menudo pierde las cosas que necesitan (lápices, libros), se distrae con cualquier cosa, es muy descuidado en las actividades, son “lentos e inexactos”.

Hiperactividad: movimiento constantes de manos, pies, se levanta constantemente, corretea por todos lados, le gusta jugar actividades tranquilas, esta activado como si tuviera un motor, habla en exceso.

Impulsividad: se precipita en responder antes de que hayan completado las preguntas, suele interrumpir o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos), posee estilo cognitivo impulsivo: “rápidos e inexactos”.

Conductas agresivas: empuja, pega, discute enfadado, no le gusta que le lleven la contraria, se niega a trabajar y se muestra desafiante, quita y destruye las cosas de los demás, se niega a compartir las cosas, fuerza a los niños a hacer algo que no quieren, pide las cosas y las destroza, insulta, da patadas a los adultos.

Desarrollo cognitivo: dificultad de la atención; dificultad en procesar varios estímulos simultáneamente; dificultad en distinguir los estímulos relevantes de los irrelevantes, dificultad en mantener la atención en forma continua, dificultad para atender estímulos que aparecen de una forma lenta; dificultad en aprender y recordar lo aprendido procesando la información de forma más superficial y momentánea; dificultades de aprendizaje traducidos normalmente a un fracaso escolar por dificultades en la comprensión lectora, cálculo, resolución de problemas matemáticos, escritura y nociones perceptivos-espaciales. Por último dificultades para seguir instrucciones y mantener la motivación.

Área socio-emocional: baja tolerancia a la frustración, baja autoestima, por las escasas experiencias de éxito, aparición de sentimientos depresivos, desfase entre capacidad intelectual y emocional, inmaduras, comportamiento infantil e inestable, cambios bruscos de humor, necesidad de llamar la atención, comportamiento desobediente, tienden a culpar a los demás de sus errores, dificultad en las relaciones sociales siendo niños más rechazados por sus iguales.

Etiología

Meneghelo, J. Fanta, E. Paris, E. y Puga, T (1997) Señalan que existen ciertos factores como posibles causas del TDA/H, aunque no totalmente determinantes para la enfermedad. Estos factores son:

Factores neurológicos como lesiones del Sistema Nervioso Central (SNC). Aunque no son lo suficientemente específicos para hacer que se desencadene la

hiperactividad, al parecer si ejercen su influencia haciendo más vulnerable al niño a sufrir problemas psicológicos.

Factores prenatales y perinatales. Como la prematuridad, el bajo peso al nacer, la anoxia y las infecciones neonatales pueden dar lugar a problemas de conducta y a hiperactividad.

Factores genéticos. Según diversos estudios realizados, padres de niños hiperactivos fueron también hiperactivos en su infancia. Asimismo, al parecer existen más casos de hiperactividad en hermanos de un solo progenitor.

Factores ambientales y variables psicológicos. Variables familiares y determinados factores sociales, sobre todo estos últimos, influirían con efectos de tipo psicológico en la familia y principalmente en las figuras parentales en relación con actitudes y pautas educativas hacia los hijos.

Otras causas. Se pueden mencionar las alteraciones bioquímicas, los valores altos de plomo ambiental y la dieta alimentaria, entre otros.

Epidemiología

La incidencia varía entre un 4 a 12%. Este trastorno es unas tres a cuatro veces más frecuente en los varones (9,2%) que en las niñas (2,9%); Predominando en los niños el tipo hiperactivo/impulsivo y en las niñas predomina la inatención. Según Berhman, R. kliegman, R y Jenson, H. (2004).

Criterios para el Diagnóstico de TDA/H según el Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders. (DSM-IV)

Según Behrman, R. Kliegman, R. y Jenson, H. (2004). Existen diversos criterios para el diagnostico de trastorno de déficit de atención e hiperactividad:

A-Existen criterios A1 o A2:

1- Seis o más de los siguientes síntomas de inatención han persistido al menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

- a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, el trabajo u otras actividades.
- b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúcidas.
- c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro del trabajo.
- e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- f) A menudo evita, le disgusta o rechaza dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
- g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades. (ejemplo juguetes, lápices, libros...).
- h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.

2- Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido al menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad:

- a) A menudo mueve en exceso manos o pies o se remueve en su asiento.
- b) A menudo abandona su asiento en clases o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo.
- d) A menudo “está en marcha” o suele actuar como si “tuviera un motor”.

- e) A menudo tiene dificultad para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- f) A menudo habla en exceso.

Impulsividad:

- g) A menudo ofrece respuestas precipitadas antes de completar las preguntas.
- h) A menudo tiene dificultad para esperar su turno.
- i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros.

B- Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o inatención que causan alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C- Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (ejemplo la escuela y en casa).

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

E- Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental por ejemplo trastorno de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad)

Código basado en el tipo:

-314.01 Trastorno por hiperactividad con déficit de atención, tipo combinado: si se satisface los criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses.

-314.00 Trastorno por hiperactividad con déficit de atención, tipo con predominio del déficit de atención: si se satisface el criterio A1, pero no el criterio A2, durante los últimos 6 meses.

-314.01 Trastorno por hiperactividad con déficit de atención, tipo predominio hiperactivo-impulsivo: si se satisface el criterio A2, pero no el criterio A1, durante los últimos 6 meses.

Tratamiento

Las intervenciones psicosociales, el entrenamiento en manejo conductual y la medicación son eficaces para el tratamiento de los diversos componentes del trastorno de déficit de atención e hiperactividad, tal como lo indica Wong, D. (1995).

Intervenciones psicosociales: Se debe enseñar a los padres y al niño de qué modo el TDA/H afecta el aprendizaje, la conducta, la autoestima, las habilidades sociales y el funcionamiento familiar. Se deben establecer objetivos con la intención de mejorar las relaciones del niño con los padres, hermanos, profesores y compañeros, disminuir las conductas disgregadoras, aumentar la independencia para realizar los deberes y mejorar la autoestima. La terapia conductista debe incluir un plan general para modificar el entorno físico y social, así como las conductas del niño.

Entrenamiento en manejo conductual: el entrenamiento puede consistir en 8-12 sesiones semanales individuales o en grupo. Los padres aprenden los principios del manejo de la conducta, poniendo un énfasis especial en la coherencia, mientras que los niños trabajan para mejorar las relaciones con sus compañeros y su autoestima. Se identifican las conductas específicas que alteran el funcionamiento del niño en la vida diaria. Después los padres y profesores deben poner en práctica técnicas específicas de recompensa del niño cuando se comporta de forma deseada (refuerzo positivo) o castigo cuando no cumple los objetivos (refuerzo negativo). La psicoterapia familiar e individual resulta necesaria en situaciones complejas o para abordar enfermedades psiquiátricas manifiestas, como depresión, ansiedad, aislamiento social, fobia escolar, etc.

Medicación: Los estimulantes son los psicofármacos más eficaces en el tratamiento del TDA/H, aunque hay que considerar la utilización de otros tipos de fármacos en el tratamiento de los casos más complejos. Los estimulantes son eficaces para mejorar los síntomas principales de inatención, impulsividad e hiperactividad. Además se

observa mejorías de las conductas de incumplimiento, la agresividad impulsiva, las interacciones sociales con compañeros y familiares y la productividad y el rendimiento académico.

Los dos tipos principales de estimulantes son: el metilfenidato y sus derivados y la anfetamina y sus derivados. Todas las formas de los estimulantes son igualmente eficaces, pero cada niño puede responder de distinta forma a unas u otras y los clínicos pueden elegir unas en lugar de otras para adaptar el efecto farmacológico a las necesidades del ritmo de vida del niño.

Los estimulantes tienen pocas contraindicaciones y los efectos adversos suelen ser predecibles y en general leves. Entre los efectos secundarios frecuentes figuran: disminución del apetito, pérdida de peso inicial, molestias abdominales, disforia y problemas para dormir. También se puede observar un incremento en la frecuencia cardíaca.

Consideraciones de Enfermería

El personal de enfermería participa de forma activa en todos los aspectos de la atención del niño con TDA/H. En el ámbito de la comunidad, las enfermeras trabajan con las familias en la casa y con el personal de la escuela para ayudar a la planificación a largo plazo de los regímenes terapéuticos y a la aplicación y evaluación de los mismos. Así mismo pueden ayudar a los padres enseñándoles estrategias prácticas y específicas para criar a los niños con TDA/H.

Las enfermeras deben distinguir que tipo de TDA/H presenta el niño con el fin de proporcionar la mejor orientación posible para este, los padres y los profesores. Wong, D. (1995).

Variable de estudio

Tomando en consideración que la variable para un estudio dado es “Una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse” Hernández, R. Fernández, C y Baptista, P. (2006).

Para el presente estudio queda establecida como variable de estudio:
Mecanismos de adaptación que usan las madres de niños con edades comprendidas entre 3 a 6 años de edad, que presentan déficit de atención e hiperactividad.

Cuadro 1**Operacionalización de la Variable**

Variable	Dimensión	Indicadores	Ítems
Mecanismos de adaptación que usan las madres de niños con edades comprendidas entre 3 a 6 años de edad, que presentan déficit de atención e hiperactividad.	Mecanismos Físicos	Emoción	Nº1
		Cansancio	Nº2
		Distracción	Nº3
		Violencia Física	Nº4
		Agresividad	Nº5
	Mecanismos Afectivos	Maltrato Verbal	Nº6
		Maltrato Verbal	Nº7
		Desesperación	Nº8
		Compensación	Nº9
		Actitud	Nº10
		Compasión	Nº11
	Mecanismos Sociales	Estimulación	Nº12
		Represión	Nº13
		Distracción	Nº14
		Distracción	Nº15
		Grupo de apoyo	Nº16
		Apoyo Profesional	Nº17
		Entorno	Nº18

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

Naturaleza de la investigación.

El presente estudio se orienta como una investigación de campo de tipo descriptivo, de corte transversal, con un enfoque positivista. La investigación de campo es definida en el Manual de Trabajos de Grado de Especialidad y Maestría y Tesis Doctorales de la UPEL (2003) como “el análisis sistemático de problemas en la realidad, con el propósito bien sea de describirla, interpretarlas, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar sus causas y efectos... los datos de interés son recogidos en forma directa de la realidad”.

Los estudios descriptivos son definidos por Canales, F. (2002) como “aquellos que están dirigidos a determinar “cómo es” o “como está” la situación de las variables que deberán estudiarse en una población; la presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno (prevalencia o incidencia), y en quiénes, dónde y cuando se está presentando determinado fenómeno”.

De corte transversal prospectivo que se define como el que estudia las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo, en este tiempo no es importante en relación con la forma en que se dan los fenómenos; y prospectivo son aquellas donde la información se registra según va ocurriendo el fenómeno. Referido por Canales, F. (2002).

De este modo, la presente investigación se ubica dentro de las definiciones anteriores al pretender analizar los mecanismos de adaptación que usan las madres de niños con edades comprendidas entre tres a seis años de edad, que presentan déficit de atención e hiperactividad. Consulta de neuropediatría. Hospital Pediátrico Dr. “Agustín Zubillaga”.

Población

De acuerdo a los fundamentos de Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (2006), se define población como el “conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones” (p.239). En este sentido, los individuos que constituirán la población corresponden a doce (12) madres que acuden a la consulta de neuropsiquiatría del Hospital Pediátrico Dr. “Agustín Zubillaga”.

Procedimiento

Con la finalidad de medir la variable de estudio y cumplir con los objetivos establecidos en la presente investigación se llevarán a cabo los siguientes pasos:

1. Solicitud del permiso a la jefa de enfermería de la consulta de neuropsiquiatría para la aplicación de los instrumentos.
2. Ubicación de la población en estudio conformada por las madres de los preescolares con déficit de atención e hiperactividad que acuden a la consulta de neuropsiquiatría del Hospital Pediátrico Dr. “Agustín Zubillaga”.
3. Validación del instrumento de recolección de datos.
4. Notificación por escrito a la población en estudio sobre el objetivo de la aplicación de los instrumentos.
5. Aplicación de instrumentos.

Técnicas de Recolección de Datos

Para recolectar la información necesaria para la presente investigación se utilizará la técnica de la encuesta, apropiada al permitir consultar a los sujetos de estudio con ayuda de un cuestionario. En tal sentido, el instrumento se hará entrega a las madres que acuden a la consulta de neuropsiquiatría.

Instrumento

La variable de estudios será medidas a través de una encuesta basada en un cuestionario estructurado con una escala tipo Likert para determinar los mecanismos de adaptación que usan las madres de niños con edades comprendidas entre tres a seis años de edad, que presentan déficit de atención e hiperactividad. Consulta de neuropediatría Hospital Pediátrico Dr. “Agustín Zubillaga”. El instrumento estará estructurado de la siguiente forma: instrucciones generales e ítems (18).

Validez del Instrumento

Antes de aplicarse el instrumento se someterá a validez de contenido para determinar si los enunciados relacionados al tema, se encuentran bien estructurados y si son representativas para la variable que se desea medir. Por ende, se utilizara el método de juicio de expertos seleccionando tres (3) profesores los cuales emitirán su opinión con respecto a los siguientes criterios: claridad, precisión, coherencia y pertinencia con los objetivos. Una vez realizada las correcciones sugeridas por los expertos, se procedió a elaborar el instrumento definitivo.

Análisis de los datos

Con la información aportada por los sujetos de estudio se procederá a tabularla y cuantificarla por medio de la estadística descriptiva, mediante el procedimiento estadístico de análisis de frecuencia, porcentaje y media aritmética.

Los resultados se expusieron en gráficos con su respectiva interpretación con el propósito de visualizar la realidad investigada.

Además, se hará un análisis cualitativo para enriquecer aún más el estudio.

CAPITULO IV

PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos, posterior a la aplicación del instrumento a las madres de niños con edades comprendidas entre tres a seis años, que presentan déficit de atención e hiperactividad que acuden a la consulta de neuropediatría del Hospital Pediátrico “Dr. Agustín Zubillaga. Una vez recabada la información se procedió a realizar el análisis de los datos, empleando para tal fin, las estadísticas de distribución de frecuencias y porcentajes, de acuerdo a las dimensiones e indicadores considerados en el instrumento de recolección de información, para presentarlos finalmente en gráficos de columnas.

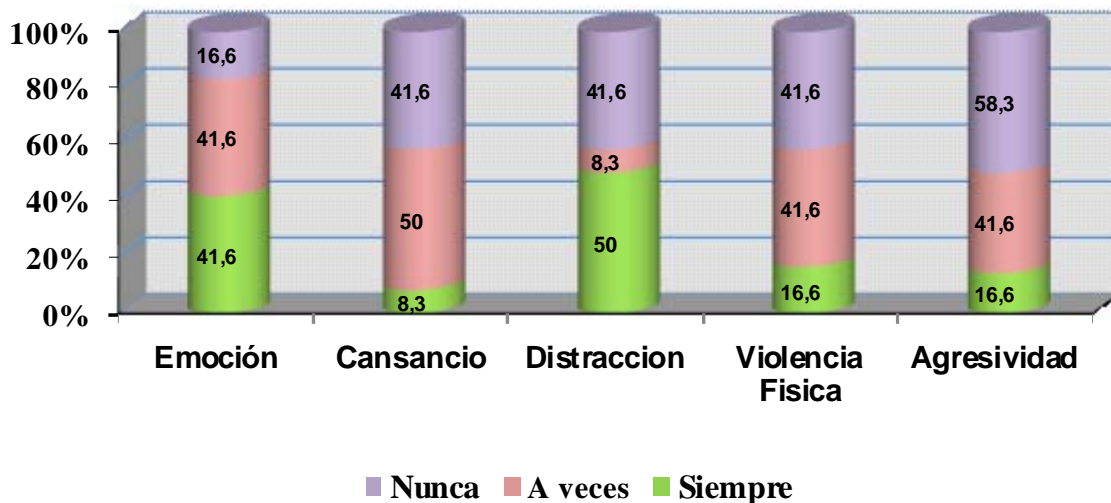


Gráfico 1 Mecanismos de adaptación físicos que usan las madres de niños con edades comprendidas entre 3 y 6 años de edad, que presentan déficit de atención e hiperactividad (TDA/H). Consulta de neuropediatría Hospital Pediátrico. Dr. Agustín Zubillaga.

Análisis: Según la información suministrada en las encuestas en relación a los mecanismos de adaptación físicos que usan las madres de niños con edades comprendidas entre 3 y 6 años de edad, que presentan déficit de atención e hiperactividad, se obtuvo que 41,6% refiere que *siempre* el comportamiento de sus hijos le genera estrés, mientras 41,6% señala que *a veces* tienen esta misma reacción. Por otro lado, 50% señala que *a veces* le causa agotamiento, 50% refiere que *siempre* utiliza la distracción como medio para tranquilizar a su hijo. Por su parte 41,6% señala que *a veces* utiliza la violencia física, mientras que 41,6% *nunca* la emplea y 58,3% de las madres manifiestan que *nunca* reacciona de forma agresiva con el núcleo familiar.

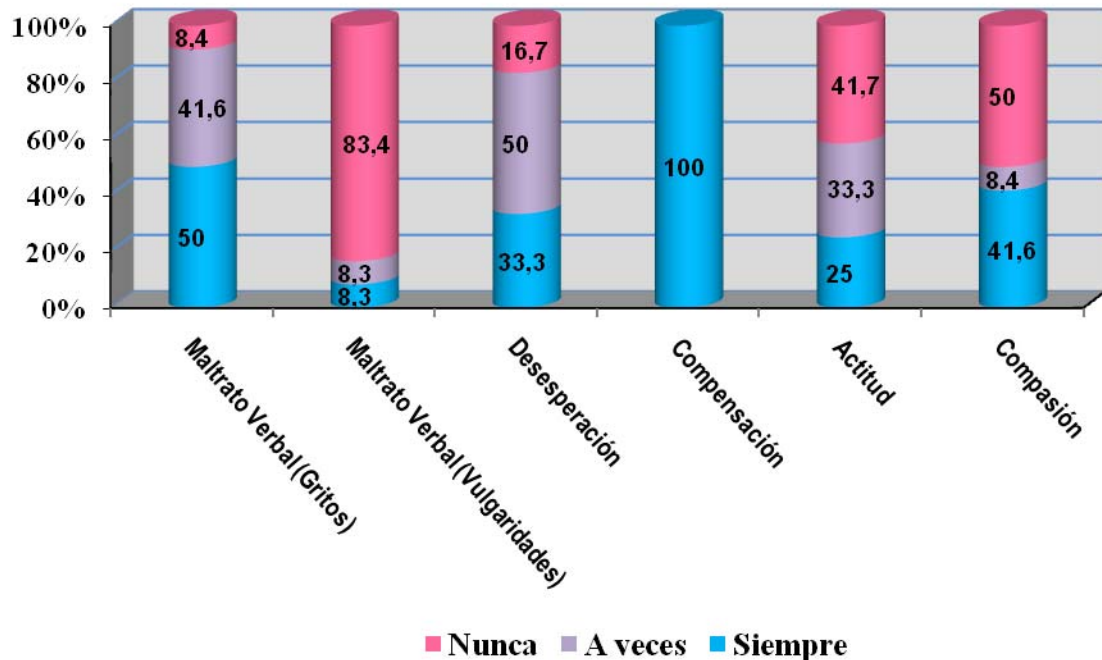


Gráfico 2 Mecanismos de adaptación afectivos que usan las madres de niños con edades comprendidas entre 3 y 6 años de edad, que presentan déficit de atención e hiperactividad (TDA/H). Consulta de neuropediatría Hospital Pediátrico. Dr. Agustín Zubillaga.

Análisis: Del 100% de las madres encuestadas en relación con los mecanismos de adaptación afectivos que usan, 50% señala que *siempre* le gritan a sus hijos y 41,6% *a veces* lo hace. Por otra parte 83,4% *nunca* se dirige a ellos con vulgaridades, 50% dice que *a veces* se expresa mediante el llanto cuando no los controlan. Cabe destacar que 100% refiere que *siempre* que sus hijos realizan una buena acción le dan muestras de cariño, 41,7% señala que *nunca* lo ignora, 33,3% *a veces* emplea este mecanismo. 50% señala que *nunca* les da lástima castigar a sus hijos cuando hacen algo malo, 41,6% *siempre* le da lástima.

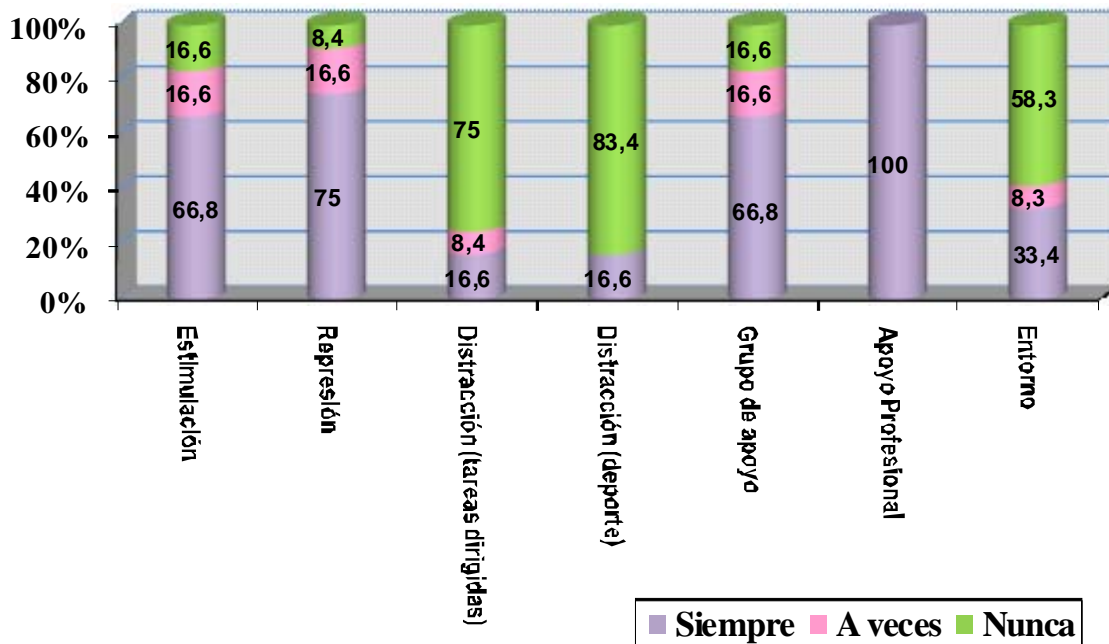


Gráfico 3 Mecanismos de adaptación sociales que usan las madres de niños con edades comprendidas entre 3 y 6 años de edad, que presentan déficit de atención e hiperactividad (TDA/H). Consulta de neuropediatría Hospital Pediátrico. Dr. Agustín Zubillaga.

Análisis: Con relación a los resultados obtenidos en cuanto a los mecanismos de adaptación sociales, 66,8% de las madres aseguran *siempre* premiar a sus hijos cuando se comportan de forma adecuada, cuando no lo hace 75% *siempre* lo castiga, 75% *nunca* lo inscribe en tareas dirigidas, 83,3% *nunca* lo inscribe en ningún deporte, lo que indica que no lo utilizan como medio de distracción. Por otra parte, 66,8% *siempre* busca apoyo en familiares, y se hace notable que el 100% *siempre* busca apoyo profesional (psicólogos, psicopedagogos), mientras que 58,3% asegura que el comportamiento de sus hijos *nunca* influye en sus actividades diarias.

Discusión de los Resultados

De acuerdo a los resultados obtenidos, en la encuesta realizada a las madres de niños con edades comprendidas entre tres a seis años de edad que presentan déficit de atención e hiperactividad, se puede determinar que la población en estudio, pone en práctica algunos mecanismos de adaptación físicos, entre los cuales podemos mencionar la emoción, ya que 41,6% de las madres refieren que la actitud de sus hijos siempre les genera estrés, este resultado está relacionado con lo referido por Papalia, D. y Wendkos, S. (1998). El estrés es una respuesta inespecífica del cuerpo a cualquier demanda. Así mismo refiere que el estrés, está presente como una parte normal del ciclo vital de la vida, ante situaciones como la crianza de un hijo. De igual forma 50% siempre utilizan la distracción como medida para tranquilizar a sus hijos. Por otra parte es importante resaltar que el 41,6% a veces emplea la violencia física, lo cual no es lo adecuado, ya que según Behrman, R., Kliegman, R. y Jenson, H.

(2004) señalan que la violencia física que los niños experimentan o de la que son testigos también tiene una profunda repercusión sobre la salud y el desarrollo. Mas allá de las heridas, la violencia afecta psicológicamente a los niños y en su conducta; influyen como ven el mundo y su sitio en él. De igual forma hace referencia que la alta exposición a la violencia está en correlación con el bajo rendimiento escolar, síntomas de ansiedad, depresión y baja autoestima.

En cuanto a los mecanismos de adaptación afectivos, se evidencia que 50% de las madres en estudio utiliza siempre el maltrato verbal como gritos, sin embargo se obtuvo que el 83,4% nunca utilizan el maltrato verbal, en este caso lenguaje vulgar (groserías). Referente a esto Behrman, R., Kliegman, R. y Jenson, H. (2004) establecen que los maltratos psicológicos comprenden actos y omisiones verbales intencionados que originan consecuencias emocionales negativas. Así mismo 50% de las madres al no lograr controlar a sus hijos se desahogan mediante el llanto, lo que guarda relación con el trabajo de Córdoba, L., Verdugo, M. (2003). Quienes encontraron que algunas características del niño como la desobediencia, la impulsividad y las fluctuaciones en su comportamiento repercuten en el bienestar emocional de la familia. Del mismo modo es evidente que 100% de las madres compensa a sus hijos con muestras de cariño cuando realizan una buena acción.

Con respecto a los mecanismos de adaptación sociales, se obtuvo que 66,8% de la población siempre premian a sus hijos cuando relizan una buena acción, por su parte 75% y 83,4% nunca inscriben a sus hijos en tareas dirigidas, ni en deporte respectivamente. Lo que quiere decir; que nunca buscan medidas de distracción o recreación para así controlar la actitud de sus hijos, lo cual difiere a lo señalado por Virginia Henderson, “el individuo sano o enfermo, es considerado como un todo completo que presenta catorce necesidades fundamentales que debe satisfacer”. Citado por Phaneuf, M. (1993). Siendo la recreación una de estas necesidades. Igualmente, 66,8% de las madres busca apoyo, en familiares para así de esta forma manejar mejor la situación, lo que resulta muy beneficioso, ya que como lo expresa Wong, D. (1995). Cuando los lazos familiares son fuertes, el control social es muy

eficaz y la mayoría de los miembros se adaptan a sus roles de forma gustosa y comprometida. La familia también determina las experiencias que deben tener los niños, de las que deben ser protegidos y la forma en que estas experiencias satisfacen las necesidades de sus miembros.

Debe señalarse que 100% de las madres busca ayuda profesional como psicólogos, psicopedagogos, lo cual ayuda a modificar el entorno físico, social y las conductas del niño. Tal como lo señala Wong, D. (1995). Cabe destacar que la ayuda profesional, puede mejorar notablemente los hábitos y las actitudes negativas, que no son más que respuestas aprendidas, y para ello la mejor manera de librarse es aprender respuestas nuevas y positivas, lo que se conoce según Papalia, D. y Wendkos, S. (1998). Como terapia conductiva.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento para la variable en estudio permitieron elaborar las siguientes conclusiones:

-Se evidencio que a través del instrumento, las madres investigadas aplican tanto mecanismos de adaptación físicos, afectivos como sociales, de acuerdo a la conducta de sus hijos.

-La televisión es utilizada como mecanismo de adaptación físico de distracción por las madres para tranquilizar a sus hijos.

-La compensación es aplicada como mecanismo de adaptación afectivo por las madres cuando sus hijos con déficit de atención e hiperactividad realizan una buena acción. Si sus conductas son inadecuadas en su mayoría utilizan el maltrato verbal.

-Las madres encuestadas coincidieron en relación con los mecanismos sociales que requieren de apoyo profesional (psicólogos, psicopedagogos) para así controlar la actitud de sus hijos.

-La presente investigación permitió demostrar, que el TDA/H es un trastorno común en niños con edades comprendidas entre tres a seis años de edad tratados en la consulta de neuropediatría del Hospital Pediátrico “DR. Agustín Zubillaga”.

RECOMENDACIONES

➤ **A las instituciones públicas:**

- ✓ Enfatizar la importancia de contar con personal capacitado suficiente como psicólogos y psicopedagogos que atiendan la gran demanda de una manera eficaz en los niños y familiares que padezcan Trastornos por déficit de atención e hiperactividad.
- ✓ A la consulta de neuropediatría del Hospital Pediátrico Universitario Dr. “Agustín Zubillaga” a la formación de un grupo de apoyo para los familiares con TDA/H, tomando en cuenta a los estudiantes de enfermería.
- ✓ Brindar apoyo psicológico y terapéutico a los familiares que ayuden a la integración y aceptación del niño afectado con este tipo de trastorno conductual.

➤ **A los estudiantes:**

- ✓ Estimular a los estudiantes de enfermería para que continúen esta línea de investigación, como es la salud escolar que actualmente se encuentra tan descuidada y la cual es de vital importancia.
- ✓ Desarrollar talleres de capacitación dirigida a las madres, padres y educadores que estén continuamente en contacto con los niños en edad preescolar para que identifiquen y sepan manejar a los niños que presenten TDA/H.
- ✓ Dar continuidad al estudio ya que con los datos obtenidos se puede orientar a la población estudiada a manejar el comportamiento de los niños con TDA/H.

➤ **A las Madres:**

- ✓ Incentivar a las madres de los niños con TDA/H a la inclusión en actividades recreativas y académicas las cuales son la base de toda sociedad.

➤ **A la Universidad:**

- ✓ Creación de un área de investigación en la UCLA que continúe los estudios e investigaciones que faciliten el diagnóstico y tratamiento precoz en la población infantil que padezca este trastorno.

REFERENCIAS

- Bará, Pineda, Henao y Vicuña (2003). *Perfiles neuropsicológicos y conductuales de niños con trastornos por déficit de atención/hiperactividad de Cali, Colombia*. Colombia: Revista de neurología. [Documento en línea] Disponible en: <http://dialnet.uniroja.es/servlet/artículo?codigo=742832>. [Consulta: 2010, Junio 06].
- Behrman, R., Kliegman, R. y Jenson, H. (2004). *Nelson. Tratado de pediatría*. (17ª ed.). España: Elsevier.
- Bozhovich, L. (1976). *La Personalidad y su formación en la edad infantil*. Ciudad de la Habana: Pueblo y Educación.
- Canales, F. (2002). *Metodología de la investigación: manual para el desarrollo del personal de salud*. México: UTEHA Noriega editores.
- Cabanyes, J. y Polaino, A. (1991). *Revista complutense de educación*. [Documento en línea] Disponible en: <http://dialnet.uniroja.es/servlet/artículo?codigo=150084>. [Consulta: 2010, Noviembre 13].
- Chaure, I. Inarejos, M. (2001). *Enfermería pediátrica*. (1ª ed.). Barcelona: Masson-Editorial.
- Canales, F. (2002). *Metodología de la investigación: manual para el desarrollo del personal de salud*. México: UTEHA Noriega editores.
- Cardo, E. y Servera, M. (2005). *Revista de neurología*. [Documento en línea] Disponible en: <http://Scholar.google.com/scholar?HI=es&q=hiperactividad+en+niños+edad+prescolar&btnq=buscar&as.y/o=&as.vis=0>. [Consulta Noviembre 14].

- Córdoba L. Verdugo, M. (2003). *Aproximación a la calidad de vida de las familias de niños con TDAH: un enfoque cualitativo*. [Documento en línea] Disponible en: <http://dialnet.uniroja.es/servlet/artículo?codigo=765076> [Consulta: 2010, Noviembre 18].
- El Fakih, Y. (2003). *Relación entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y niveles de agresividad en sujetos entre 5 y 14 años de edad ingresados por accidentes u otras causas a la sala de emergencia pediátrica del Hospital Universitario de los Andes (IAHULA)*. Barquisimeto: UCLA. [Documento en línea] Disponible en: http://bibmed.ucla.ve/cgi-win/be_alex.exe?acceso=t070000061278/0&Nombrebd=BM-UCLA&destacar=deficit;atencion; [Consulta: 2010, Junio 20].
- Gallego de Pardo, G. (2003). *La salud escolar*. [Documento en línea] Disponible en: <http://dialnet.uniroja.es/servlet/busquedadoc?db=1&t=salud+escolar&td=todo> [Consulta: 2010, Junio 02].
- González, M. (1996). *La hiperactividad infantil: principales enfoques terapéuticos*. [Documento en línea] Disponible en: <http://dialnet.uniroja.es/servlet/artículo?codigo=122542>. [Consulta: 2010, Mayo 05].
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. (4ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Leal, Q. (2002). *El pediatra eficiente*. (6ª ed.). Colombia: Medica Panamericana.
- Martínez-León, N. (2006). *Psicopatología del trastorno por déficit atencional e hiperactividad*. España: International Journal of clinical and health psychology. [Documento en línea] Disponible en: <http://dialnet.uniroja.es/servlet/artículo?codigo=1983749>. [Consulta: 2010, Junio 06].

- Meneghello, J. Fanta, E. Paris, E. y Puga, T. (1997). *Pediatría*. (5ª ed.). Buenos Aires. Argentina: Editorial medica Panamericana.
- Myers, D. (2005). *Psicología*. (7ª ed.). Buenos Aires. Madrid: Editorial medica Panamericana.
- Papalia, D. y Wendkos, S. (1988). *Psicología*. (1ª ed.). México: McGraww Hill/interamericana de México.
- Phaneuf, M. (1993). *Cuidados de enfermería, el proceso de atención de enfermería*. (1ª ed.). España: McGraww Hill/interamericana de España Madrid.
- Rojas C. (2000). *Despistaje del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños que asisten a centros educativos de Barquisimeto. Estado Lara octubre 1999- febrero 2000*. Barquisimeto: UCLA. [Documento en línea] Disponible en: http://bibmed.ucla.ve/cgi-win/be_alex.exe?acceso=t070000050897/0&Nombrebd=BM-UCLA&destacar=deficit;atencion; [Consulta: 2010, Junio 20].
- Rojas, C. (2004). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: características clínicas más frecuentes en niños que asisten a la consulta de neuropsiquiatría. Hospital pediátrico "Agustín Zubillaga"*. [Documento en línea] Disponible en: http://bidmed.ucla.edu.ve/cgi-win/be_alex.exe?acceso=T070000060765/0&Nombrebd=BM_UCLA&Destacar=deficit;atencion; [Consulta: 2011, Enero 13].
- Schilling L. y Rosa Neto F. (2006). *Características biosicosociales de los escolares con indicadores de trastornos de déficit de atención e hiperactividad*. Brasil: Revista de neurología. [Documento en línea] Disponible en: <http://dialnet.uniroja.es/servlet/articulo?codigo=2162512>. [Consulta: 2010, Junio 06].

Universidad Pedagógica Experimental Libertador, Vicerrectorado de Investigación y Postgrado. (2003). *Manual de trabajo de grado de especialización y maestría y tesis doctorales*. (3ª ed.). Caracas: Autor.

Wernicke, C. (2004). *El diagnóstico de trastorno de déficit de atención y sus límites*. Buenos Aires. Argentina. [Documento en línea]. Disponible en: <http://dialnet.uniroja.es/servlet/articulo?codigo=1065102>. [Consulta: 2010, Noviembre 15].

Wong, D. (1995). *Enfermería pediátrica*. (4ª ed.). Mosby

ANEXOS

ANEXO A

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO



**UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL
LISANDRO ALVARADO
DECANATO DE CS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA**



Formato para la Revisión y Validación del Instrumento Diseñado

Apellidos y Nombres: _____

Título que posee: _____

Especialidad: _____

Instrucciones:

Por favor identifique con precisión, en el instrumento anexo, la variable en estudio y sus respectivos indicadores. Lea detenidamente cada uno de los enunciados relacionados con cada indicador.

Utilice este formato para indicar su grado de acuerdo o desacuerdo con cada ítem que se representa, marcado con una (X) en el espacio correspondiente según los siguientes criterios: claridad, precisión, coherencia y pertinencia.

Si desea plantear algunas sugerencias para mejorar el instrumento utilice el espacio correspondiente a observaciones ubicadas en el margen derecho.

ESCALA					
Nº de Ítems	CLARIDAD	PRESICION	COHERENCIA	PERTINENCIA	OBSERVACIONES
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

Firma de Experto: _____

Fecha: _____

Observaciones: _____

ANEXO B

CERTIFICADO DE VALIDACIÓN

CERTIFICADO DE VALIDACIÓN

Yo: _____ CI: _____ de Profesión: _____ por medio de la presente certifico que he leído y analizado el instrumento elaborado por los TSU: Yenireé Gallardo, Elizabeth Durán y Pedro Guédez, Estudiantes del programa de Lic. De Enfermería de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado Decanato de Ciencias de Salud. Con la finalidad de que sea utilizado como instrumento de recolección de datos del trabajo de Grado Titulado:

MECANISMOS DE ADAPTACIÓN QUE USAN LAS MADRES DE NIÑOS CON EDADES COMPRENDIDAS ENTRE TRES A SEIS AÑOS DE EDAD, QUE PRESENTAN DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TD/AH). CONSULTA DE NEUROPEDIATRÍA HOSPITAL PEDIÁTRICO DR. “AGUSTÍN ZUBILLAGA

En consecuencia manifiesto que una vez ajustadas las observaciones realizadas por mí persona, el instrumento es considerado válido y puede ser aplicado como instrumento definitivo para dicha investigación.

Firma: _____ Fecha de validación: _____

ANEXO C

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación tiene como propósito analizar los mecanismos de adaptación que usan las madres de niños con edades comprendidas entre tres y seis años de edad, que presentan déficit de atención e hiperactividad (TD/AH). Consulta de Neuropediatría hospital Pediátrico Dr. “Agustín Zubillaga”

Por tal motivo solicitamos su colaboración de manera voluntaria dando su aprobación y consentimiento para la aplicación de dicho instrumento, marcando con una equis (X) si está o no de acuerdo.

Sin colocar su nombre; sin más que agregar gracias por su apoyo.

ESTA DE ACUERDO: SI: _____ NO: _____

T.S.U: Durán Elizabeth.

T.S.U: Gallardo Yenireé.

T.S.U: Guédez Pedro.



**UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL
“LISANDRO ALVARADO”
DECANATO DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
INVESTIGACIÓN DEL CUIDADO HUMANO II**



Instrumento de Recolección de Datos.

Cuestionario. Tipo escala de Likert

Objetivo del instrumento

El presente instrumento tiene como finalidad conocer cuáles son los mecanismos de adaptación que usan las madres de niños con edades comprendidas entre tres a seis años de edad, que presentan déficit de atención e hiperactividad. Hospital pediátrico Dr. “Agustín Zubillaga”. Como cumplimiento de la asignatura de Investigación del Cuidado Humano I y II.

Instrucciones Generales:

- ✓ El presente instrumento es de carácter anónimo, por lo tanto no es necesario colocar su nombre.
- ✓ Consta de dieciocho (18) enunciados divididos en tres partes.
- ✓ Está basado en la escala siempre (S), a veces (AV), nunca (N).
- ✓ Expresé su opinión marcando con una equis (X) la opción que usted considere, de acuerdo a cada enunciado.
- ✓ Se le agradece responder con la mayor sinceridad posible.

Gracias por su colaboración.

Instrumento de recolección de datos

Cuestionario:

Parte	Ítems	Escala de Likert		
		S	AV	N
I FISICA	1) La actitud de mi hijo me genera irritabilidad			
	2) El cuidar a mi hijo me genera cansancio			
	3) Para tranquilizar a mi hijo lo pongo a ver la televisión			
	4) Cuando me irrita le pego (con la mano o algún objeto como correa, chancletas, entre otros)			
	5) Las actitudes de mi hijo me hacen responder de manera agresiva con el resto del núcleo familiar			
II AFECTIVA	6) Cuando mi hijo presenta una conducta inadecuada (empuja, pega, discute enfadado, no le gusta que le lleven la contraria, se niega a trabajar, se muestra desafiante, desobediente destruye las cosas, insulta, de patada a los adultos) le grito			
	7) Cuando mi hijo tiene una conducta inadecuada (empuja, pega, discute enfadado, no le gusta que le lleven la contraria, se niega a trabajar, se muestra desafiante, desobediente destruye las cosas, insulta, de patada a los adultos) me dirijo a él con un lenguaje vulgar (groserías)			
	8) Al no lograr controlar el comportamiento de mi hijo mi manera de desahogarme es mediante el llanto			
	9) Si mi hijo realiza una buena acción (salir bien en clases, ayudar en casa, entre otros) le doy muestras de cariño			
	10) Cuando no logro controlar a mi hijo lo ignoro			
	11) Me da lástima castigar a mi hijo cuando hace algo malo.			
III SOCIAL	12) Cuando mi hijo actúa de forma adecuada le doy un estímulo (premio)			
	13) Cuando se comporta inadecuadamente (empuja, pega, discute enfadado, no le gusta que le lleven la contraria, se niega a trabajar, se muestra desafiante, desobediente destruye las cosas, insulta, de patada a los adultos) lo castigo			
	14) para controlar la actitud de mi hijo lo inscribo			

	en tareas dirigidas			
	15) Para manejar la actitud de mi hijo lo he inscrito en algún deporte			
	16) Para manejar mejor la situación busco apoyo en mis familiares (padres, hermanos, esposo)			
	17) Busco ayuda profesional (psicólogo, psicopedagogo) para controlar la actitud de mi hijo			
	18) El comportamiento de mi hijo influye en mis actividades diarias			