

Estrategias de afrontamiento en una familia de un niño diagnosticado con TDAH

Caracterizar las estrategias de afrontamiento en la familia de un niño diagnosticado con Trastorno Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en la ciudad de Santiago de Cali, Colombia

Presentado por:

Lizeth Vanessa Morales Cardona

Yuli Andrea Mosquera Grueso

Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium

Facultad de Ciencias Sociales y Políticas

Programa de Psicología

Santiago de Cali

2019

Estrategias de afrontamiento en una familia de un niño diagnosticado con TDAH

Caracterizar las estrategias de afrontamiento en la familia de un niño diagnosticado con Trastorno Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en la ciudad de Santiago de Cali, Colombia

Presentado por:

Lizeth Vanessa Morales Cardona

Yuli Andrea Mosquera Grueso

Trabajo de grado 2

Asesor:

Edgar Andrés Gallo

Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium

Facultad de Ciencias Sociales y Políticas

Programa de Psicología

Santiago de Cali

2019

Nota de aceptación

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

Cali, 27 de noviembre de 2019

### Dedicatoria

Este trabajo va dedicado a todas las familias de niños diagnosticados con TDAH y a nuestra familia por el apoyo brindado.

### Agradecimientos

Agradecemos primeramente a Dios por colmarnos de sabiduría y de luz para alcanzar esta meta. A la familia del estudio por el apoyo y la confianza brindada. A nuestras familias por la paciencia en los momentos de frustración y por ser el motor para continuar en todo momento. A nuestro asesor por el apoyo brindado en momentos de desesperación.

## Tabla de contenido

Resumen.....	11
Introducción .....	12
Contextualización.....	13
1. Marco referencial.....	17
2. Planteamiento del problema.....	46
3. Justificación.....	49
4. Objetivos .....	51
4.1. Objetivo General.....	51
4.2. Objetivos específicos .....	51
5. Marco teórico conceptual .....	52
5.1. El Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).....	58
5.2. Estrategias de afrontamiento .....	61
6. Marco Metodológico .....	70
6.1. Paradigma .....	70
6.2. Método.....	70
6.2.1. Perspectiva.....	70
6.2.2. Tipo .....	70
6.2.3. Diseño .....	71
6.3. Categorías de análisis .....	71
6.4. Población .....	72
6.5. Instrumento.....	73
6.6. Procedimiento.....	73
6.6.1. Fases .....	73

6.6.2. Tratamiento de datos .....75

7. Resultados .....76

8. Discusión.....94

9. Conclusiones..... 104

Referencias..... 107

Anexos ..... 119

## Índice de tablas y figuras

Figura 1	7
Figura 2	9
Figura 3	15
Figura 4	19
Figura 5	32
Figura 6	42
Figura 7	43
Figura 8	58
Figura 9	61
Figura 10	63
Figura 11	67
Figura 12	69
Figura 13	72
Tabla 1	8
Tabla 2	12
Tabla 3	17
Tabla 4	20
Tabla 5	21
Tabla 6	23
Tabla 7	25
Tabla 8	27
Tabla 9	29
Tabla 10	30
Tabla 11	52
Tabla 12	55
Tabla 13	59
Tabla 14	62
Tabla 15	66

Tabla 16	68
Tabla 17	73

### **Índice de abreviaturas**

APA	American Psychiatric Association
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Mineducación	Ministerio de educación nacional
Minsalud	Ministerio de salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
TDAH	Trastorno de déficit de atención e hiperactividad

## Resumen

El TDAH es conocido por ser uno de los diagnósticos que se presenta con más frecuencia en la población infantil y que se caracteriza, según el DSM IV, por síntomas como: hiperactividad, impulsividad e inatención o dificultad para concentrarse en un tema u objeto. Por consiguiente, los niños que han sido diagnosticados con este trastorno manifiestan dificultades funcionales en el ámbito escolar, familiar y social. A partir de lo anterior, el objetivo fue caracterizar las estrategias de afrontamiento en la familia de un niño que ha sido diagnosticado con TDAH. La investigación tuvo una perspectiva cualitativa, de tipo fenomenológico, con un diseño no experimental, transversal. Los participantes de esta investigación fueron la mamá y la abuela (familia extensa materna) de un niño diagnosticado con TDAH. La investigación arrojó que las estrategias de afrontamiento que más predominan en esta familia, a la hora de afrontar situaciones que les genera estrés en relación a la sintomatología del niño son, expresión de la dificultad de afrontamiento y autonomía. En relación a estos resultados, se concluye que, estas estrategias de afrontamiento son predominantes en esta familia, debido a que no tienen un soporte en cuanto a la orientación de un profesional o un grupo de apoyo. Este apoyo podría brindarles herramientas o, a través de experiencias vividas por padres de niños diagnosticados con el mismo trastorno, puedan sentirse identificadas e implementar esas soluciones a situaciones similares que puedan acontecer en relación a los síntomas principales del TDAH.

Palabras clave: TDAH; estrategias de afrontamiento; estrés

## **Introducción**

El Trastorno Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es conocido por ser uno de los diagnósticos que se presenta con más frecuencia en la población infantil y que se caracteriza según el DSM IV, por síntomas como: hiperactividad, impulsividad e inatención o dificultad para concentrarse en un tema u objeto. Por consiguiente, los niños que han sido diagnosticados con este trastorno manifiestan dificultades funcionales en el ámbito escolar, familiar y social; entre los cuales cabe destacar: dificultades en las relaciones interpersonales, baja autoestima, dificultad en la comunicación con sus padres y bajo rendimiento académico (Meca, 2012). En este sentido, es posible afirmar que un niño diagnosticado con TDAH genera un impacto en el entorno familiar y, como se ha identificado en muchas investigaciones (Vásquez, Benítez, Izquierdo, Dueñas, Gómez y Caicedo, 2011; Bedoya y Alviar, 2013; Muñoz, Lago, Sánchez y Carmona, 2017) hace del ejercicio de la paternidad todo un reto.

Adicionalmente, cada uno de los familiares cercanos del niño afrontan la situación de diversas maneras, por tanto, resulta importante caracterizar las estrategias de afrontamiento en la familia de un niño que ha sido diagnosticado con TDAH, para lo cual se identificarán las estrategias de afrontamiento usadas por la familia, se describirán cada una de las estrategias de afrontamiento de la familia y se compararán las estrategias de afrontamiento entre los integrantes de la familia.

## Contextualización

Actualmente, a nivel nacional, los trastornos mentales y del comportamiento, en que el TDAH se enmarca, las cifras reportadas entre el 2009 y el 2017 informan que atendieron a 2.128.573 niños, niñas y adolescentes (ver figura 1), prevaleciendo las edades entre 5 a 9 años (Ministerio de Salud (Minsalud), 2018). Además, en el 2015, por cada cien consultas hechas en salud, cuatro fueron atendidas por trastornos mentales y del comportamiento. Así mismo, por estos mismos trastornos fueron hospitalizados el 2.42% de las personas atendidas (Minsalud, 2018).

En el boletín de salud mental a nivel nacional, también encontraron que, los resultados arrojados por el tamizaje realizado a los niños de 7 a 11 años, el trastorno mental y del comportamiento con mayor predominancia fue el TDAH con un 3% de frecuencia en el grupo tamizado. En este orden de ideas, en el 2016, la tasa de mortalidad por dichos trastornos, a nivel nacional, fue de 1.53 por cien mil habitantes y el departamento del Valle del Cauca se encuentra como el primero en la lista de los departamentos con una tasa mortalidad de 2.73 (Minsalud, 2018).

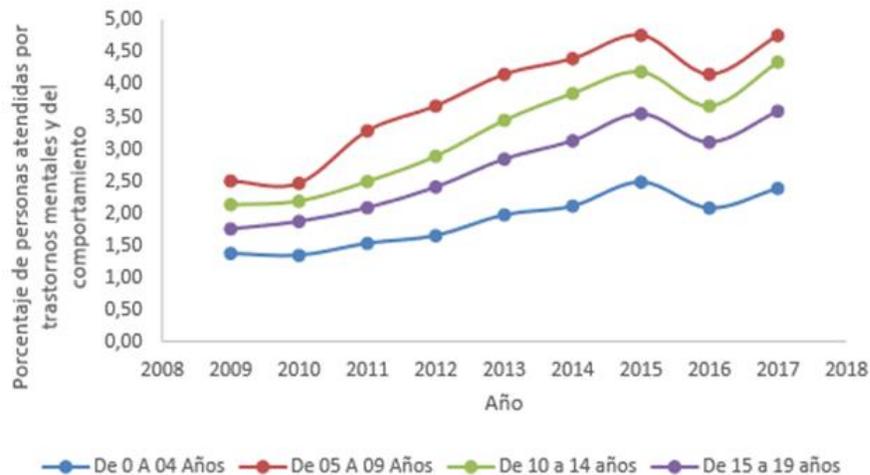


Figura 1. Recuperada del Boletín de Salud Mental en Niños, Niñas y Adolescentes, Ministerio de salud, 2018, N° 4.

La familia Romero, son personas que, desde hace aproximadamente cuatro años y medio se enteraron del diagnóstico del niño. Viven en el barrio Popular, perteneciente a la comuna cuatro de la ciudad de Cali, el cual, según la Alcaldía de Santiago de Cali en el Plan de Desarrollo 2008-2011, aparece con estratificación tres.

Esta familia está conformada por dos adultos y un niño quien está diagnosticado con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): la abuela, quien pertenece a la familia extensa materna, tiene 65 años de edad. La madre del niño tiene 32 años de edad, y el niño, quien tiene 9 años de edad. La madre trabaja como impulsadora, aproximadamente unas nueve horas al día y también estudia, entre semana, psicología en las noches. Por otro lado, la abuela trabaja desde casa como modista, por ende, ella es la que cuida no solo al niño en cuestión, sino que ayuda a cuidar a dos niñas más, primas del niño, que están en edades entre los 4 a 8 años de edad. El niño, está cursando tercero de primaria, quien entra a la escuela a las siete de la mañana y sale a las dos de la tarde.

Para el desarrollo de la investigación, el lector deberá tener en cuenta que, la familia, para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) (2013), es el conjunto más básico de la sociedad, donde se gestan los valores, la identidad y el proyecto de vida, los cuales permiten que los niños se adapten a la sociedad, más aún con este tipo de diagnóstico como lo es el TDAH, debido a que genera confrontación con los límites y normas. Existen diferentes tipos de familias, planteadas así por el ICBF (2013):

Tabla 1

*Tipos de familia*

---

<b>Nuclear</b>	<b>Unipersonales</b>	<b>Extendidas</b>	<b>Compuestas</b>
----------------	----------------------	-------------------	-------------------

---

Según lo refiere el ICBF, hay dos tipos de familias nucleares, las completas, que están conformadas por los padres e hijos, y las incompletas, son las que están solo uno de los padres.

Estas familias son las que están conformadas por una sola persona.

Así mismo, las familias extensas son las que están compuestas por una persona cabeza de hogar, los hijos y parientes con otro grado de consanguinidad.

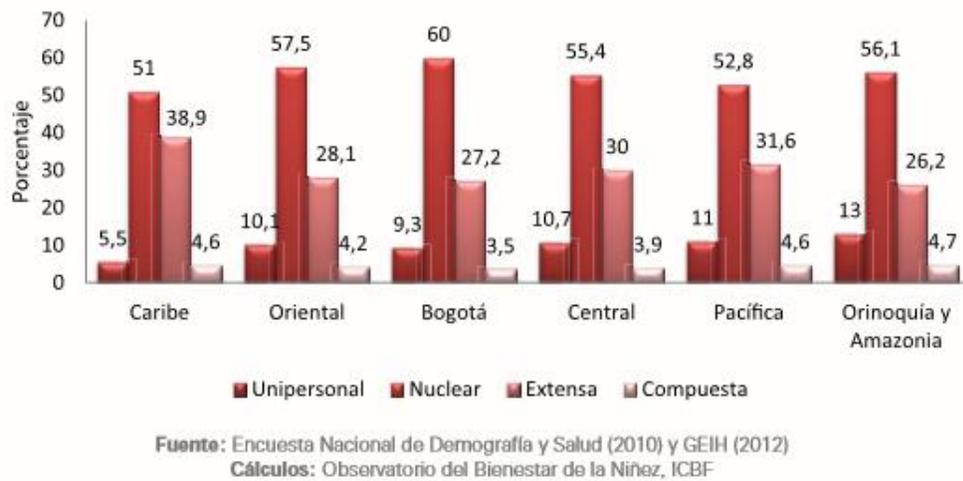
Dentro de estas familias, están los familiares que comparten el mismo grado de consanguinidad y, además, conviven con personas que no son familiares de estos.

---

**Fuente:** elaboración propia

Es importante detallar que, cada vez más, son las familias extensas las que predominan en el territorio colombiano (ver figura 2) observándose un porcentaje mayor en la zona caribe, seguido de la zona pacífica, en relación a los demás territorios. Esto puede estar influido por muchos aspectos que están permeados en nuestro contexto, bien sea económicos o por tiempos laborales. Esto es lo que hace a cada familia particular y es necesario comprender la realidad desde esa particularidad, a la hora de realizar un estudio que tenga que ver con el TDAH.

## Estrategias de afrontamiento en una familia de un niño diagnosticado con TDAH



*Figura 2.* La familia: el entorno protector de nuestros niños, niñas y adolescentes colombianos, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2013, Observatorio del Bienestar de la Niñez ICBF.

## 1. Marco referencial

Tanto el TDAH como las estrategias de afrontamiento son conceptos que se han ido transformando y dilucidando a lo largo de las últimas décadas. A continuación, se presenta un breve estado del arte en el que están contenidos algunos de los principales hallazgos en estos conceptos encontrados en la literatura académica con sus respectivas categorías como: estilos y habilidades parentales, papel del psicólogo, adaptación, calidad de vida, estilos de disciplina y estrategias de afrontamiento.

Además, estos antecedentes incluyen las estrategias de afrontamiento relacionadas con aspectos como: bienestar, ansiedad, motivos de consulta, convivencia, características sociodemográficas de los padres, evolución del estrés, apoyo social, percepción del riesgo, implicación personal, papel de la familia, estrés laboral y estrés parental. Por consiguiente, se muestra el desarrollo histórico de las categorías mencionadas.

El objetivo de la investigación de Escribà-Agüir y Bernabé-Muñoz (2002) está relacionado a la identificación de las estrategias de afrontamiento en relación al estrés laboral en 47 médicos especialistas ubicados en seis hospitales de la provincia de Valencia, España. Además, describieron las recompensas que han recibido a lo largo del desarrollo de su profesión. Para la recolección de datos, utilizaron entrevistas semiestructuradas.

Estos autores hallaron que, dependiendo del factor que les genera estrés laboral, activan las estrategias de afrontamiento. En relación a la incertidumbre de dar un diagnóstico o un tratamiento a un paciente, las estrategias de afrontamiento identificadas fueron: aceptación, consultar a compañeros o a otros especialistas, actuar mediante protocolos estandarizados, hablar con el paciente y su familia. Sin embargo, encuentran que la estrategia consultar la bibliografía, los médicos intentan no dejarse llevar por la incertidumbre y evitar utilizar esta estrategia, en donde prefieren recurrir a los conocimientos adquiridos.

El siguiente factor que les genera estrés laboral, es la posibilidad de ser demandado por la una mala praxis, las estrategias de afrontamiento identificadas fueron: hablar con el paciente y explicarle su situación, practicar una medicina defensiva, relacionada a utilizar exámenes a profundidad para descartar cualquier otra anomalía que pueda presentar el paciente. Continua la estrategia de afrontamiento sentir que se está haciendo un buen trabajo, contratar una póliza de seguros y no tener presente la posibilidad de demanda.

Dentro de las estrategias de afrontamiento que los médicos reconocen activar frente al estrés laboral, encuentran que son: realizar actividades alejadas de la práctica profesional, pasar tiempo con la familia, consumo de fármacos y tabaco, desahogarse y desconexión mental.

Escribà-Agüir y Bernabé-Muñoz (2002) concluyen que estas estrategias de afrontamiento detectadas en los médicos especialistas, se dividen en dos grupos: Patrón de afrontamiento centrado en las emociones y Patrón de afrontamiento centrado en el problema. Dentro de estos dos grupos hay varias de las estrategias que manifestaron los médicos utilizar, pero el grupo que predomina en este grupo poblacional, es el del afrontamiento centrado en las emociones, donde se encuentran contenidas la desconexión conductual y búsqueda de apoyo social emocional. Sin embargo, afirman no recomendar este tipo de afrontamiento, debido a que estas están relacionadas con no generar bienestar, ya que las personas que activan estas estrategias de afrontamiento presentan, con frecuencia, somatizaciones.

El análisis del contexto familiar en niños con TDAH realizado por Grau (2007) versa sobre la incidencia del impacto que tiene la familia en el niño diagnosticado con TDAH, el modo en que se educa y los factores que se encuentran presentes en la crianza. Para esto, estudiaron a 167 familias divididas en dos grupos: 114 familias de niños con TDAH y 53 familias de niños sin este trastorno, pertenecientes a la ciudad de Valencia, España. Esto lo indagaron a través de entrevistas

semiestructuradas y la escala de estrés parental (PSI) de Arnold, O'Leary, Wolff, y Acker (1993) adaptada por Grau y Miranda (2003).

Dentro de esta investigación, la autora halla que el 57.9% de las madres participantes consideraban tener la información suficiente acerca del TDAH y la creencia de que su hijo lograría un ajuste social adecuado. Sin embargo, esto no sucede en todos los casos, debido a que el 4.9% de estas madres, tenían la percepción que sus hijos no lo lograrían. El 71.9% de los participantes, antes del diagnóstico, ya sospechaban sobre el trastorno en su hijo y el 66.7% de los padres se tranquilizaron cuando conocieron el diagnóstico. Así mismo, presenta la influencia del trastorno en las relaciones familiares (ver tabla 2), en donde el 25.7% de estos niños presenta problemas en la relación con sus madres; el 29.9% presenta problemas con sus padres y el 46.5% presentan problemas en la relación con sus hermanos. Además, el 13.2% de los niños de este estudio están recibiendo solo tratamiento psicológico y el 84.2% reciben medicación.

Este autor concluye que, los niños con TDAH, como presentan complicaciones a nivel académico y extracurricular, los padres son importantes, debido a que son los que detectan los problemas y tienden a acudir a un profesional para encontrar una solución a la situación. Así mismo, postula que, al ser un trastorno crónico, el tratamiento recomendado por el profesional en salud, es muy importante adherirse a este.

Tabla 2

*Relaciones familiares*

	TDAH		CONTROL.		$\chi^2$	p
	N	%	N	%		
<b>Relación con madre</b>						
Estrecha	94	82.5	51	96.2	7.69	.015*
Indiferente	1	9	1	1.9		
Tensa, rechazo	19	16.7	1	1.9		
<b>Relación con padre</b>						
Estrecha	80	70.2	49	92.5	10.52	.005**
Indiferente	10	8.8	2	3.8		
Tensa, rechazo	24	21.1	2	3.8		
<b>Relación hermanos</b>						
Estrecha	61	53.5	43	81.1	12.66	.001**
Indiferente	7	6.1	0	0		
Tensa, rechazo	46	40.4	10	18.9		

**Nota.** Recuperado de Análisis del contexto familiar en niños con TDAH, Grau, M., 2007, Servei de Publicacions.

En la investigación de Korzeniowsk e Ison (2008) estaban enfocados en la psicoeducación de cuatro profesores y ocho padres de familia, de niños diagnosticados con TDAH; ubicados en Mendoza, República Argentina. Utilizaron entrevistas semiestructuradas y Cuestionario Perfil de Estilos Educativos (PEE) elaborado por Magaz Lago y García Pérez (1998). En la fase de intervención, implementaron “El Entrenamiento Parental” el cual, tuvo la finalidad de cualificar a los padres de estos niños en habilidades y herramientas para afrontar la sintomatología de este trastorno en sus hijos; y “El Taller para Docentes” en donde su finalidad fue “promover un ajuste entre las características del alumno con TDAH y las posibilidades del contexto educativo” (p.68).

Hallan que el 100% de la población afirmaron que, a través de las intervenciones aplicadas, hubo cambios positivos en habilidades y fortalezas en estos niños. En relación a los estilos educativos abordados por los padres, hallan que el 62,5% presenta un estilo educativo asertivo; el 25% un estilo sobreprotector y el 12,5% un estilo punitivo. Además, los autores reportaban sobre la importancia de estos entrenamientos en padres para ayudar a potencializar las habilidades en sus hijos con este trastorno, en donde los padres informaron sobre un incremento en habilidades como la organización, mejoras en la inatención, en el

comportamiento opositorista, en la motivación, disminuyó la impulsividad y mejoró la convivencia a nivel familiar.

Como conclusión, Korzeniowsk e Ison (2008) aclaran que no sólo se dedicaron a brindar herramientas para afrontar situaciones específicas con el niño, sino que ayudaron en la promoción para el cambio de la percepción frente al trastorno, ya que consideran que, esto permite que los padres comprendan que el TDAH es manejable y la importancia de la salud mental del niño, enfatizando que “adultos informados sobre la problemática, responsables y comprometidos podrán ayudar al niño a compensar sus dificultades y a ejercitar sus talentos” (p.70).

Paris y Omar (2009) enfocan su atención en la identificación de las estrategias de afrontamiento desarrolladas por 196 profesionales de la salud, a la hora de afrontar el estrés, esto como posible asociación con el bienestar subjetivo. La población estuvo conformada por 97 médicos y 99 enfermeros, en Rosario, Argentina. Utilizaron la Escala de Estrategias de Afrontamiento del Estrés Asistencial desarrollada por Paris (2007) y la Escala de Bienestar Subjetivo elaborada por Nacpal y Shell (1992) y adaptada por Paris (2007).

Dentro de los principales resultados obtenidos por Paris y Omar (2009), encuentran que hay diferencias entre las estrategias de afrontamiento que utilizan los médicos y los enfermeros. Las estrategias de afrontamiento al estrés mayormente aplicadas por esta población son resolución de problemas y distanciamiento de la fuente de estrés. Entonces, los médicos tienden a elegir con mayor frecuencia las estrategias desadaptativas como automedicación y evasión del problema, a través de prácticas como el tabaco o del alcohol. En cambio, los enfermeros, utilizan la estrategia de afrontamiento de resolución de problemas. En conclusión, mientras los enfermeros se caracterizan por el empleo de estrategias adaptativas tales como resolución de problemas, los médicos optan preferentemente por estrategias disfuncionales.

Del mismo modo, Gantiva, Viveros, Dávila, y Salgado (2010), enfocan su atención en las estrategias de afrontamiento, pero observando las diferencias entre 30 personas adultas con ansiedad y 30 personas sin sintomatología ansiosa, en el país de Colombia, quienes utilizaron la Escala de Estrategias de Coping Modificada de la versión de CSS-R de Sandín y Chorot (1993), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) elaborado por Beck, Brown, Epstein y Steer (1988) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI) creado por Beck, A. (1976).

Los principales resultados obtenidos por los autores Gantiva y colaboradores (2010) a través de la aplicación de los instrumentos, informaron que, para el grupo sin síntomas de ansiedad, las tres estrategias más utilizadas son: solución de problemas, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social. En cuanto al grupo que presentan síntomas de ansiedad, se encuentra que las tres más usadas son: solución de problemas, evitación cognitiva y reevaluación positiva. En conclusión, las estrategias más utilizadas en los participantes sin ansiedad son aquellas que están dirigidas a minimizar los efectos del estresor abordándolo de forma directa. Las estrategias más utilizadas por los sujetos ansiosos, incluyen dos de las anteriores, (la solución de problemas y la reevaluación positiva), pero estas son utilizadas en menor forma.

Vásquez, Benítez, Izquierdo, Dueñas, Gómez y Caicedo (2011) abordan los motivos de la consulta que tienen los pacientes y sus familiares, los cuales surgen a causa de la incidencia de los síntomas de los hijos con TDAH, en las relaciones escolares y en la convivencia en el ámbito educativo. Por esto, el objetivo fue reconocer en 366 padres de niños con diagnóstico de TDAH, las estrategias de afrontamiento en Bogotá, Colombia, aplicando una escala que ellos mismos crearon.

Hallaron que dentro de las consultas más frecuentes es en relación a que el niño no obedece instrucciones, no cumple con sus obligaciones, falta de atención, es altanero y desafiante, todas estas en el contexto familiar. En el contexto

educativo, encontraron que las mayores consultas son en relación a la falta de atención, seguida por otras como bajo rendimiento académico, no obedece instrucciones y falta de motivación para estudiar.

En relación a las estrategias de afrontamiento en el contexto familiar, encontraron la terapia ocupacional, ninguna estrategia, control estricto del tiempo, diálogo permanente con el niño, poner reglas y límites claros. Así mismo, encontraron que las estrategias de afrontamiento utilizadas en el contexto educativo son: terapia ocupacional, ninguna estrategia, diálogo con profesores, consulta psiquiátrica, consulta con neuropediatría y profesor personalizado (ver figura 3).

Los autores concluyen que, los problemas que los padres tienen con sus hijos, no son directamente por los síntomas sino por los efectos de las conductas de los niños dentro del ámbito académico. Ante esto, identificaron que las estrategias de afrontamiento son débiles, debido a que la estrategia de afrontamiento más predominante fue terapia ocupacional, pero en segundo puesto está ninguna estrategia, es decir que no identifican estar aplicando alguna estrategia para afrontar la situación con sus hijos, incidiendo en la convivencia. Por esto, la presente investigación otorga aportes significativos respecto a la importancia de que los padres tengan presentes sus estrategias de afrontamiento.

<p><i>Servicios e instancias clínicas</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terapia ocupacional o psicología.</li> <li>2. Consulta psiquiátrica y medicación.</li> <li>3. Terapias alternativas.</li> <li>4. Consulta con neurología y neuropediatría.</li> </ol> <p><i>Intervenciones sobre el desempeño escolar</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Acompañamiento constante en sus deberes.</li> <li>6. Monitoreo continuo de sus tareas.</li> <li>7. Mayor exigencia académica en el colegio.</li> <li>8. Llamados de atención desde el colegio.</li> <li>9. Diálogo constante con profesores.</li> <li>10. Cambio a un colegio personalizado.</li> <li>11. Profesor personalizado.</li> <li>12. Llamar a compañeros de estudio.</li> <li>13. Control estricto de agenda escolar.</li> <li>14. Dejarle recordatorios y notas en la cartuchera.</li> <li>15. Apelar a la paciencia de los profesores.</li> </ol> <p><i>Ocupación del tiempo libre</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>16. Mantenerlo ocupado.</li> <li>17. Inscripción en actividades artísticas y deportivas complementarias.</li> <li>18. Cambio de actividades para el niño.</li> </ol> <p><i>Ajustes en las pautas de crianza</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>19. Control estricto de los tiempos y horarios.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>20. Llegar a acuerdos con el niño.</li> <li>21. Instaurar reglas y límites muy claros.</li> <li>22. Demostrar la autoridad con exigencia.</li> <li>23. Repetirle las instrucciones, insistencia gestual.</li> <li>24. Trabajo para reforzar hábitos.</li> </ol> <p><i>Estrategias motivacionales y afectivas</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>25. Premios, complacencia con lo que le gusta.</li> <li>26. Diálogo permanente con el niño.</li> <li>27. Juegos para mejorar la atención.</li> <li>28. Estimular al niño resaltando sus cualidades.</li> <li>29. Utilizar cartelera y fichas con estímulos (ayudas visuales).</li> <li>30. Cariño y afecto.</li> </ol> <p><i>Estrategias coercitivas</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>31. Castigos por censura de lo que le gusta.</li> <li>32. Regaños verbales.</li> </ol> <p><i>Estrategias de soslayo</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>33. No hacerle caso/tratarlo con indiferencia.</li> </ol> <p><i>Búsqueda de información sobre el tema</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>34. Investigar y documentarse sobre las manifestaciones y tratamientos del TDAH.</li> </ol>
---	--

*Figura 3. ¿Qué es la hiperactividad y cómo ven el problema los padres?, Vásquez, R., Benítez, M., Izquierdo, A., Dueñas, Z., Gómez, D. y Caicedo, J., 2011, Rev. Colomb. Psiquiat., 40 (3).*

En la investigación “Familias entrampadas en la hiperactividad” de Bedoya y Alviar (2013), en donde analizaron los cambios que pueden suceder en el funcionamiento de 5 familias con niños diagnosticados con TDAH, a través de la terapia familiar sistémica y 5 familias de niños diagnosticados con el mismo trastorno, pero sin recibir terapia. Las diez familias son pertenecientes a la ciudad de Medellín, Colombia. Utilizaron las historias clínicas de las familias, la escala de cohesión y adaptabilidad familiar de Olson (FACES III) y la valoración diagnóstica del TDAH.

Por medio de este estudio, los autores encontraron que la principal dificultad que manifiestan las familias sujetas de estudio, es en el funcionamiento y el ejercicio efectivo de la autoridad, junto con las características que implica este trastorno como la impulsividad, la falta de atención o la agresividad, lo cual genera estrés en

la familia, posiblemente generando otras situaciones difíciles en el sistema familiar. En conclusión, según estos autores, al identificar las dificultades que poseen las familias, se pueden reformar las relaciones entre padres e hijos.

Por su parte, González, Bakker y Rubiales (2014) en su artículo de investigación pretendieron comparar los estilos parentales de 12 padres cada uno con sus respectivos hijos, en total fueron 6 niños diagnosticados con TDAH, frente a 34 padres cada uno con sus respectivos hijos, en total resultaron 34 niños de grupo de control clínico, pertenecientes a la ciudad Mar del Plata, Argentina. Utilizaron la escala de Afecto y la escala de Normas y Exigencias de Bersabé, Fuentes y Motrico (2001).

Estos autores hallaron que los estilos parentales de los padres que tienen niños con TDAH frente al grupo de control, poseen un mayor comportamiento de crítica, bajo índice de expresión afectiva y conductas educativas estrictas, debido a que se evidencia diferencias con el grupo de control, el cual observaron que presentaban un estilo parental democrático, en mayor medida (ver tabla 3). Los padres, participantes de la investigación de González y colaboradores (2014), de niños con TDAH, tienden a imponer las normas, manteniendo un nivel alto de exigencias e inadecuado para las necesidades de sus hijos. Este estilo parental, los niños sujetos de estudio, lo relacionaban con la falta de confianza y el rechazo, de sus padres para con ellos.

Tabla 3

*Estilos parentales*

Versión Padres y Madres	Grupo Control		Grupo Clínico		U de Mann-Whitney	Sig. Asintót. (bilateral)	d	
	Media	DE	Media	DE				
Estilo paterno	Afecto	42,35	5,60	38,00	7,66	63,00	0,13	0,73
	Crítica	15,38	3,39	25,50	5,92	7,50	0,00*	2,64
	Inductiva	42,82	5,22	38,00	5,79	49,50	0,04**	0,91
	Rígida	27,94	7,04	30,67	4,88	79,50	0,39	0,40
	Indulgente	15,12	4,61	19,33	8,18	77,50	0,35	0,80
Estilo materno	Afecto	45,91	4,33	45,00	4,19	83,00	0,46	0,21
	Crítica	15,00	3,28	22,33	5,50	16,50	0,00*	2,10
	Inductiva	44,24	4,30	41,67	4,71	64,50	0,15	0,59
	Rígida	28,00	8,03	31,50	6,53	86,50	0,55	0,44
	Indulgente	14,59	4,25	18,33	6,74	69,50	0,21	0,80

\* Diferencias significativas al nivel 0,00.  
 \*\* Diferencias significativas al nivel 0,05.

**Nota.** Recuperada de Estilos parentales en niños y niñas con TDAH, González, R., Bakker, L. y Rubiales, J., 2014, Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 12(1), pp. 141-158.

La investigación de Albarracín, Rey y Jaimes (2014), tuvo como finalidad establecer la relación entre las estrategias de afrontamiento y las características sociodemográficas de 31 padres de niños con trastorno del espectro autista (TEA), en la ciudad de Bucaramanga, Colombia, quienes utilizaron la Escala de Estrategias de Coping- Modificada de Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango y Aguirre-Acevedo (2006) y Cuestionario Sociodemográfico de Pineda (2012) adaptado por Rey y Jaimes (2013).

A través de la escala, hallaron que los padres y madres alcanzaron una puntuación significativamente mayor en las estrategias de religión, solución de problemas, búsqueda de apoyo social, reevaluación positiva y espera; y puntuaciones menores en las estrategias autonomía, negación, expresión de la dificultad de afrontamiento, reacción agresiva y evitación cognitiva. En cuestiones de género, encontraron que los hombres puntúan más bajo en las estrategias de afrontamiento solución de problemas y espera. Pero, tanto los hombres como las

mujeres tienen puntuaciones altas en la estrategia de afrontamiento religión. Albarracín y colaboradores (2014) concluyen que estos padres, utilizan con frecuencia las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, y las centradas en el problema.

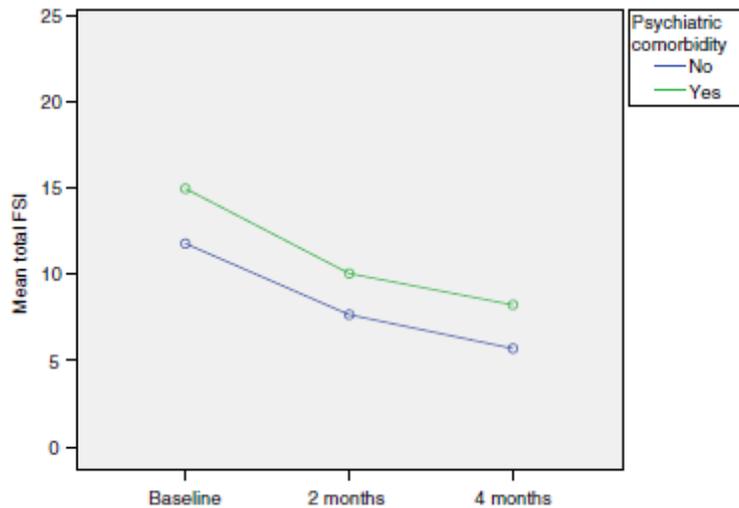
Puentes, Jiménez, Pineda, Pimienta, Acosta y Cervantes (2014), en su investigación, la finalidad era comprobar si los niños con TDAH presentan deficiencias en habilidades sociales frente a los niños no afectados por este trastorno. Para esto, participaron 159 niños pertenecientes a 50 familias, de la ciudad de Barranquilla, Colombia, a los cuales los dividieron en tres grupos, grupo control, grupo de tipo mixto y grupo de tipo inatento. Es necesario aclarar que, en los dos últimos grupos, todos los niños presentan TDAH. Utilizaron el Cuestionario breve para el diagnóstico de TDAH (checklist), la entrevista semiestructurada de Diagnóstico estándar de oro (EDNA IV) y la escala BASC (Behavioral Assessment System for Children).

Hallaron que, dentro del grupo mixto, en cuanto a la adaptabilidad, obtuvo menores puntajes en relación a los otros dos grupos, indicando mayores déficits. La comparación entre los tres grupos, evidencia que el grupo mixto presenta puntajes inferiores en habilidades sociales y adaptabilidad. Encontraron, además, que los niños con TDAH presentan puntajes más bajos en habilidades sociales, ya sea como escuchar, respetar turnos, poner atención. Sin embargo, en compañerismo, tanto los niños con TDAH y los niños sin el trastorno, no encontraron diferencias significativas entre los dos grupos, es decir que los niños con TDAH poseen habilidades de compañerismo.

La investigación “Evolution of stress in families of children with attention deficit hyperactivity disorder” de Guerrero, Mardomingo, Ortiz y Soler (2015), tuvo como objetivo principal evaluar la evolución del estrés en 429 familias de niños y adolescentes que inician tratamiento psicofarmacológico, luego de ser diagnosticados con TDAH, en Barcelona, España. Utilizaron la Escala abreviada de

Conners para evaluar la intensidad de los síntomas del TDAH y el cuestionario FSI, con el cual evaluaron el estrés familiar.

Encontraron que, en los dos primeros meses de visita, en 353 familias (87.6%) el estrés mejoró, en 29 familias (7,2%) no hubo cambios y en 21 familias (5.2%) empeoró. Al pasar cuatro meses de visita, el estrés mejoró en 376 familias (92.2%), no cambió en 18 familias (4.4%), y empeoró en 14 familias (3.4%). Por lo general, a medida que pasa el tiempo, el estrés que vivencian estas familias frente al diagnóstico, disminuye (ver figura 4). Estos autores concluyen que, cuando hay una detección temprana del trastorno, junto con una evaluación adecuada, pueden mejorar a nivel comportamental en el ámbito educativo, siendo beneficioso en el entorno familiar.



*Figura 4.* Evolution of stress in families of children with attention deficit hyperactivity disorder, Guerrero, D., Mardomingo, M., Ortiz, J., García, P. y Soler, B., 2015, *analesdepediatría*, 83(5), pp. 328-335.

Por otro lado, García, Manquían y Rivas (2016), enfocan su atención en evaluar la influencia de las estrategias de afrontamiento y el apoyo social sobre el bienestar psicológico en 194 cuidadores informales de la provincia de Concepción,

Chile. Utilizaron el inventario Brief COPE de Carver (1997), traducida al español por Morán, Landero y González (2010); la escala Flourishing Scale (FS) de Diener y colaboradores (2009) traducida al español por Ramírez (2015), la cual es utilizada para medir el bienestar psicológico. También utilizaron la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) elaborada por Zimet, Dahlem, Zimet y Farley (1988) y traducida por Arechabala y Miranda (2002); por último, estos autores crearon un cuestionario socio-demográfico.

Los resultados obtenidos por dichos autores, giran en torno a que el bienestar psicológico presenta relaciones con las estrategias de afrontamiento de planificación y aceptación (ver tabla 4). Además, el bienestar psicológico se relaciona, también, con la estrategia de afrontamiento apoyo social, así como con cada uno de sus componentes: apoyo de familia, apoyo de amigos y apoyo social de otras personas significativas.

Hallaron que los cuidadores de personas que presentan artritis, en comparación con los cuidadores de personas con diabetes, déficit cognitivo, esquizofrenia y alzhéimer, tienen niveles bajos de bienestar psicológico. En conclusión, los resultados de este estudio sugieren que hay una relación significativa entre las estrategias de afrontamiento de planificación y aceptación con el bienestar psicológico, pero solo la aceptación resultó predecir el bienestar psicológico de los cuidadores informales, y es solo cuando se excluyen del análisis, las fuentes de apoyo social.

Tabla 4

*Estrategias de afrontamiento de cuidadores informales*

Estrategias de afrontamiento en una familia de un niño diagnosticado con TDAH

Variables	Apoyo de la familia	Apoyo de los amigos	Apoyo de otros	Apoyo social total	Bienestar psicológico
EA Afrontamiento activo	.12	.14*	.05	.15*	.07
EA Planificación	.21**	.35***	.16*	.33***	.14*
EA Apoyo emocional	.21**	.28***	.17*	.31***	.13
EA Apoyo instrumental	.22**	.27***	.26***	.34***	.07
EA Religión	.20**	.14	.20**	.23***	.13
EA Reinterpretación	.14	.23***	.23**	.27***	.08
EA Aceptación	.16*	.06	.13	.14*	.17*
EA Negación	-.14	.04	.05	0.02	-.11
EA Humor	-.06	.01	-.06	-.04	.06
EA Auto-distracción	.28***	.33***	.20**	.37***	.10
EA Auto-inculpción	-.07	-.07	-.01	-.07	.00
EA Desconexión	-.01	.12	.02	.07	.00
EA Desahogo	-.02	.02	.1	.04	.06
EA Uso de sustancias	.07	.18*	.20**	.20**	.09
Apoyo de la familia		.28***	.37***	.69***	.26***
Apoyo de los amigos			.37***	.80***	.30***
Apoyo de otros				.75***	.28***
Apoyo social total					.37***

Notas: \*  $p < 0.05$ \*\*  $p < 0.01$ \*\*\*  $p < 0.001$

**Nota.** Recuperada de Bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadores informales, García, F., Manquían, E. y Rivas, G., 2016, Psicoperspectivas, 15(3), pp. 87-97.

La investigación de Navarro, Chaves, Noreña y Piñeres (2016), tuvo como objetivo principal, relacionar la percepción del riesgo, la implicación personal y las estrategias de afrontamiento frente a la amenaza de inundación, en 309 personas, comparando una población expuesta y no expuesta en la ciudad de Antioquia, Colombia.

Según la exposición al riesgo, los participantes fueron organizados en tres grupos. Grupo 1: personas con exposición alta al riesgo. Grupo 2: exposición media al riesgo. Grupo 3: los no expuestos. Utilizaron un cuestionario sociodemográfico creado por los mismos autores; la Escala de Percepción del Riesgo de Inundación (PRI) validada por Terpstra y colaboradores (2005). También, utilizaron la Escala de Implicación personal (IP), la cual fue adaptada por estos autores, de la escala bordada por los autores Demarque, Lo Monaco, Apostolidis y Guimelli (2011) y Lheureux, Lo Monaco y Guimelli (2011).

Hallaron que, los grupos expuestos a la amenaza de inundación, tienen altos niveles frente a la percepción del riesgo y utilizan estrategias de afrontamientos más

activas frente al grupo no expuesto a la amenaza de inundación. Esto quiere decir que, las personas están enfocadas a la solución de problemas, debido a que se sienten en peligro en relación a las personas no expuestas al riesgo, buscando enfrentar, tanto a nivel emocional como de cognición, la situación amenazante.

Sáenz (2017) en su investigación, tuvo como objetivo principal identificar la importancia del papel de la familia, junto con las estrategias de afrontamiento del estrés que utilizan 15 familias con un miembro con Síndrome de Down, en Rioja, España. En cuanto a la metodología, utilizó el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989), adaptada por Cano, Rodríguez y García (2006) y entrevistas a estas familias.

Dentro de los resultados, encontró que las familias, sujetas de estudio, están implicadas en el cuidado y en la integración de estos niños a la sociedad. Además, muestra que las estrategias de afrontamiento, como la resolución de problemas o solución de problemas, es la más usada por los participantes del estudio (ver tabla 5). Este autor concluye que, las estrategias de afrontamiento son importantes, en las familias de los niños con síndrome de Down, debido a que previenen la aparición de un síndrome que puede afectar a los familiares, llamado síndrome del cuidador quemado, el cual afecta a nivel mental, emocional y físico.

#### Tabla 5

*Estrategias de afrontamiento del estrés de los familiares de niños con síndrome de Down*

Estrategias de afrontamiento en una familia de un niño diagnosticado con TDAH

	Resolución de problemas	Autocrítica	Expresión emocional	Pensamiento desiderativo	Apoyo social	Reestructuración cognitiva	Evitación del problema	Retirada social	TOTAL
USUARIO 1	17	11	6	19	5	5	1	2	66
USUARIO 2	20	5	20	16	17	3	0	6	87
USUARIO 3	10	7	1	17	6	2	6	12	61
USUARIO 4	20	6	17	7	20	18	10	1	99
USUARIO 5	14	0	15	10	14	16	5	3	77
USUARIO 6	17	6	18	14	20	11	2	0	88
USUARIO 7	20	0	7	6	12	4	4	4	57
USUARIO 8	3	2	0	6	10	5	8	0	34
USUARIO 9	14	4	4	5	2	7	9	1	46
USUARIO 10	15	8	10	14	13	14	0	2	76
USUARIO 11	20	0	16	10	4	13	1	2	66
USUARIO 12	20	11	1	18	0	8	1	4	63
USUARIO 13	20	0	7	18	3	6	1	5	60
USUARIO 14	17	0	7	18	2	6	4	7	61
USUARIO 15	19	0	12	13	13	19	16	2	94

**Nota.** Recuperada de Estrategias de afrontamiento del estrés en familias que conviven con un miembro con síndrome de Down, Sáenz, M., 2017.

Muñoz, Lago, Sanchez y Carmona (2017), en su investigación, Child/Adolescent's ADHD and Parenting Stress: The Mediating Role of Family Impact and Conduct Problems, identificaron los predictores de estrés parental en una muestra de familias con niños y adolescentes con TDAH, en Huelva, España. La metodología implementada por estos investigadores, se centró en examinar el estrés parental entre las madres de niños y adolescentes con TDAH. Tuvieron en cuenta tres perspectivas para evaluar el estrés experimentado en la crianza de los hijos: el adolescente, los padres y la relación entre el adolescente y el padre.

Utilizaron la escala Overall Parental Stress (OPS); la Child/Adolescent ADHD Severity (C. ADHD) The parent form de Conners (1997) traducida al español por Martínez et al. (2013); la Child/Adolescent Conduct Problems (C. CP) y la Child/Adolescent Emotional Problems (C. EP) The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) elaborada por Goodman (2001). También utilizaron la escala Impact on Social Life Scale, elaborada por Donenberg and Baker (1993) adaptada al español por Presentación-Herrero et al. (2006); la escalal Impact on Marriage Scale de Donenberg and Baker (1993) adaptada por Presentación-Herrero et al. (2006), y, por último, la escala de Perceived Social Support (PSS) The Multidimensional Perceived Social Support Scale (MPSSS) de Zimet et al. (1988) adaptada al español por Landeta and Calvete (2002).

Por lo tanto, los principales resultados alcanzados por Muñoz y colaboradores (2017), comunicaron que factores infantiles, especialmente los problemas de conducta infantil, aumentan la variación del estrés de los padres por encima de lo explicado por la gravedad del TDAH. Otros predictores significativos del estrés en las madres, como el control para niños y edad de la madre, fueron los problemas de conducta del niño y el impacto que este genera en la vida social familiar. Concluyen que, cuanto más negativos sean los efectos sobre la vida social y los problemas de conducta de los niños, más altos son los niveles de estrés parental. Además, el estrés de los padres se relaciona con la severidad del TDAH, los problemas emocionales, la conducta problema, el impacto en el matrimonio y la vida social, y la percepción que tienen hacia el trastorno (ver tabla 6).

Tabla 6

*Predictores de estrés parental en familias de niños y adolescentes con TDAH*

	OPS	C.ADHD	C.EP	C.CP	SOC	MAR	PSS
OPS	1.00						
C.ADHD	0.46***	1.00					
C.EP	0.33***	0.41***	1.00				
C.CP	0.46***	0.52***	0.37***	1.00			
SOC	0.49***	0.46***	0.32***	0.46***	1.00		
MAR	0.30**	0.25**	0.16	0.23*	0.38***	1.00	
PSS	-0.35***	-0.29**	-0.12	-0.23*	-0.39***	-0.37***	1.00
Mean	63.15	16.36	4.07	3.97	2.40	2.32	62.99
SD	9.60	5.53	2.41	2.45	2.85	2.11	14.60
Observed range	39.64–75.89	2–28	0–10	0–10	0–10	0–7	20–92
Skewness	-0.678	-0.160	0.387	0.411	1.181	0.775	-0.737

*OPS, overall parenting stress; C.ADHD, child/adolescent ADHD severity; C.EP, child/adolescent emotional problems; C.CP, child/adolescent conduct problems; SOC, impact on social life; MAR, impact on marriage; PSS, perceived social support. \*p < 0.05; \*\*p < 0.01; \*\*\*p < 0.001.*

**Nota.** Recuperada de Child/Adolescent’s ADHD and Parenting Stress: The Mediating Role of Family Impact and Conduct Problems, Muñoz, A., Lago, R., Sanchez, M. y Carmona, J., 2017, *Frontiers in psychology*, vol. 8.

Por su parte, Cerquera, Matajira, García y Vásquez (2017) en su investigación, se propusieron identificar los tipos de estrategias de afrontamiento que utilizan las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y el papel que ejerce el psicólogo frente a esta problemática, en Colombia. La metodología implementada, la centraron, en una búsqueda bibliográfica de artículos científicos preferiblemente de revistas indexadas en diversas bases de datos como EBSCO, Science Direct, Google Académico, también agregaron libros y páginas web.

Los resultados alcanzados por Cerquera y colaboradores (2017) comunicaron que, a partir de la literatura revisada, las mujeres con cáncer de mama presentan estrategias de afrontamiento diversas, siendo las más utilizadas son las de tipo activas y de evitación, que de tipo pasivas. En cuanto al papel del psicólogo, hallan una relación significativa en promoción, prevención y tratamiento, ante las adversidades que surgen durante este diagnóstico. Los autores concluyen que las estrategias de afrontamiento, en relación al cáncer de mama, ayudan a evidenciar la importancia de los psicólogos dentro de los equipos multidisciplinarios.

Por su parte, Flores, Pérez, Salazar, Manzo, López, Barajas, Medina (2017), en su investigación, caracterizaron el estrés para la identificación de las fuentes, síntomas y estrategias de afrontamiento en 123 nadadores mexicanos de categoría master (70 hombres y 53 mujeres), para la apertura de líneas de investigación, en donde se logre intervenir desde la psicología del deporte a este grupo de deportistas. Utilizaron el cuestionario Fuentes, Síntomas y Estrategias de Afrontamiento al Estrés (FUSIES) validado en la Universidad de Colima.

Hallaron que, en relación a los niveles de estrés procedentes de fuentes y síntomas, presenta un estado normal de estrés. En lo que respecta a la edad de los nadadores, encontraron que los mayores de 40 años presentan niveles bajos de estrés a comparación con los nadadores menores a 40 años. Por otro lado, las fuentes que generan mayor estrés en esta población son: las situaciones académicas y laborales, continuando con los factores ambientales, refiriendo al

tráfico. A nivel interpersonal – familiar, lo relacionaron la falta de dinero y en la categoría de otros estresores, incluyeron estar enfermo.

Dentro de las estrategias de afrontamiento, estos autores encuentran diferencias en relación a que, los nadadores que presentan mayor tiempo desarrollando el deporte, presentan mejor manejo al estrés. Así mismo, las estrategias de afrontamiento que desarrollan con mayor frecuencia son: ejercitarse y buscar la solución del problema; seguidas de pensar positivamente, respirar y escuchar música (ver tabla 7), esto relacionado con lo anterior, evidenciando que entre más tiempo lleven los nadadores en el deporte, disminuyen los síntomas del estrés debido a que utilizan estrategias de afrontamiento. Por medio de su estudio, estos autores concluyen que, el estrés, genera efectos negativos en el desempeño del nadador. Sin embargo, estos nadadores master, como llevan tanto tiempo dentro del deporte, presentan menos estrés competitivo.

Tabla 7

*Estrategias de afrontamiento con mayor frecuencia en los nadadores*

Estrategia	M	+/-
Ejercitarse	3.59	1.358
Buscar la solución del problema	3.51	1.355
Pensar positivamente	3.51	1.317
Respirar Profundamente	3.41	1.364
Escuchar música	3.26	1.488
Tratar de calmarse	3.14	1.374
Arreglo personal	3.06	1.337

**Nota.** Recuperada de Fuentes, síntomas y estrategias de afrontamiento al estrés-competitivo en nadadores, Flores, J., Pérez, S., Salazar, C., Manzo, E., López, C., Barajas, L. y Medina, E., 2017, Revista de Psicología del Deporte, 26(2), pp. 199-208.

Por otro lado, Scandar y Bunge (2017), por medio de la revisión de literatura, en intervenciones como los programas de entrenamiento a padres, la terapia cognitiva conductual, los enfoques basados en la estimulación cognitiva, el Neurofeedback y, las dietas y suplementos dietarios, quieren dar constancia de lo efectivas que son las intervenciones no farmacológicas para el TDAH, para que los profesionales en salud, puedan tomar decisiones a partir de evidencia científica.

Frente a esas seis intervenciones analizadas, descubrieron que los programas de entrenamiento de padres, son los más adecuados para el tratamiento de los niños con TDAH, ya que estos comprenden beneficios como: incremento en la confianza en el proceso de la crianza y, a su vez, minimizan el estrés familiar, los síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad. Los principales aspectos del entrenamiento son: la psico-educación, comprensión de la relación entre padres e hijos, desarrollar las habilidades de atención positiva de los cuidadores, determinar un sistema de fichas y el manejo de la conducta en lugares públicos, colegio y posteriormente a la finalización del tratamiento. En relación a la intervención en niños con TDAH con la terapia cognitivo conductual, encuentran que, para esta población, no hay suficiente evidencia de eficacia en el tratamiento, recomendando

que solo se utilice para abordar la comorbilidad. Respecto al mindfulness en niños con TDAH reportan que no hay suficiente consistencia como para recomendarlo como tratamiento para este diagnóstico.

Por otro lado, en el entrenamiento neuropsicológico, estos autores no hallan cambios en los síntomas principales del TDAH, pero si encontraron cambios en áreas como la organización, planificación y memoria de trabajo. Estos autores recomiendan que, tanto este entrenamiento y las intervenciones en Neurofeedback, deberían combinarse con otro tipo de intervención, debido a que no muestran resultados a largo plazo. Además, los autores afirman que las dietas no generan ningún cambio en el funcionamiento y los suplementos basados en ácidos grasos tienen un efecto levemente positivo. Concluyen que es importante que los niños y los adolescentes asistan al tratamiento farmacológico del TDAH y, al mismo tiempo, asistan al programa de entrenamiento de los padres; ya que esto permite una mayor adhesión al tratamiento y a reducir la dosis de los medicamentos.

Achachao, Pinco y Quispe (2018) en su proyecto quisieron determinar las estrategias de afrontamiento de los padres de niños con diagnóstico de TDAH, en Perú. Para ello, los autores establecieron como población objeto de estudio a 50 padres con sus hijos diagnosticados con TDAH. Para la recolección de la información hicieron una encuesta y también, realizaron un instrumento donde de base tenían el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE).

Los resultados indicaron que la estrategia de afrontamiento de carácter cognitivo, es usada por la mitad de la población muestra y que posee características como: aceptación, en donde el 74% aceptan a su hijo y el 76% de los padres manifiestan asistir al tratamiento con sus hijos; sentido del humor, encontrando que el 84% reconocen el logro alcanzado por su hijo; poder mental, quienes el 82% referencian dar lo mejor de sí para enfrentar las adversidades que se presenten durante el proceso con su hijo, y preocupación, donde el 72% se preocupa en

cuanto al futuro de su hijo, frente al 66% que presentan preocupaciones en cuanto a que sus hijos no vayan a ser aceptados o respetados por los demás.

En la estrategia de afrontamiento de carácter afectivo, hallaron características como: apoyo social, en donde el 70% de los padres buscan ayuda profesional cuando presentan una situación difícil y el 80% reconocen que un recinto especializado, puede ayudar a mejorar la conducta; autocontrol, con un 68% de padres que mencionan reaccionar pasivamente ante una situación, frente a un 66% que menciona tener poca tolerancia con su hijo; catarsis, quienes el 54% menciona compartir, a veces, las vivencias con su hijo frente a otros padres; escape o evitación, quienes el 6% manifiestan dejar que, mientras presenta síntomas impulsivos, dejar que se tranquilice solo, en comparación al 4% quienes refieren salir de la casa cuando se presentan síntomas impulsivos en sus hijos para olvidar la situación, y supresión, en el que el 50% manifiesta no comentar los problemas de su hijo con los profesionales que lo atienden.

En la estrategia de afrontamiento de carácter conductual, evidenciaron características como: afrontamiento directo, el cual un 78% de los padres reportan apoyar a sus hijos frente a cualquier adversidad y un 54% reporta afrontar todas las situaciones que se relacionen con sus hijos; autoafirmación, hallando un 48% de padres que sostienen sus decisiones al momento que su hijo presente una alteración frente a un 60% que sabe qué hacer para mejorar los comportamientos de su hijo y, por último, un 90% que considera el apoyo familiar importante para que sus hijos mejoren.

En conclusión, Achachao y colaboradores (2018) postulan que la estrategia de afrontamiento de carácter afectivo fue la menos implementada (ver tabla 8), la cual involucra aspectos como: apoyo social, autocontrol, supresión y catarsis; pero identificaron que los padres no ejecutarían un comportamiento de evitación de la situación.

Tabla 8

*Estrategias de afrontamiento en padres de niños con diagnóstico de TDAH*

<b>ESTRATEGIA</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>%</b>
COGNITIVA	25	50.0
AFECTIVO	4	8.0
CONDUCTUAL	21	42.0
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>

**Nota.** Recuperado de Estrategias de afrontamiento en padres de niños con diagnóstico de TDAH en un instituto para el desarrollo infantil, Achachao, D., León, C. y Arellano, S., 2018.

Garreta, Jimeno y Servera (2018) enfocaron su investigación en el análisis de la efectividad de un programa para 21 padres de niños con TDAH para el mejoramiento de los estilos parentales, en Mallorca, España. Utilizaron el Child Behavior Checklist (CBCL) elaborado por Achenbach en la versión para padres y la Parenting Scale (PS) elaborada por Arnold, O'Leary, Wolff, y Acker.

Encontraron que, por medio del entrenamiento, los padres, a la hora de evaluar a sus hijos, refieren evidenciar mejoras en la afectividad, ansiedad y en la conducta negativista desafiante. En relación a los síntomas principales del TDAH y somatizaciones, los padres reportan, poca mejoría en torno a estos dos. Respecto a la conducta disocial, los padres reportan no evidenciar cambios de esta conducta en sus hijos. En cuanto a los estilos de crianza, los padres, después de haber participado en el entrenamiento, reportan mejoras en el estilo permisivo y el autoritario, y en la característica palabrería específica, los autores hallaron cambios, pero no tan significativos, en los padres sujetos de estudio (ver tabla 9).

Estos autores afirman que, en los niños, hijos de los padres participantes del entrenamiento, presentaron mejoras en sus conductas, tanto así, que, en los niños que se sospechaba sobre manifestar trastornos afectivos o de ansiedad (que eran

casi el 50%), redujeron sus síntomas y solo quedaron el 20% de los niños. Esto sucedió igual con el 65% de los niños que manifestaban sospechas en relación al trastorno negativista desafiante, quedando el 30% de esos niños. Así mismo, los niños que sospechaban de TDAH (aproximadamente el 20%) se redujeron a un 5%.

Es por esto que Garreta y colaboradores (2018) concluyen que, los programas de entrenamiento que ofrecen los hospitales son viables y eficaces para el mejoramiento de gran parte de los síntomas asociados y los estilos de crianza, aseverando que es un programa factible y eficaz en el entrenamiento de los padres.

Tabla 9

*Cambios pre y post de las intervenciones en los estilos parentales*

	Pretratamiento (N=21 )		Postratamiento (N=21 )		t	p	d
	M	DE	M	DE			
PERM	2,22	0,93	1,72	0,56	3,07	0,006	0,46
AUTO	2,26	0,87	1,79	0,54	2,88	0,009	0,46
PALA	2,24	0,90	1,96	0,69	2,10	0,049	0,25

PERM: Permisividad; AUTO: Autoritarismo; PALA: Palabrería excesiva.

**Nota.** Recuperada de Análisis de la efectividad de un programa de entrenamiento de padres de niños con TDAH en un ambiente hospitalario, Garreta, E., Jimeno, T. y Servera, M., 2018, Actas Esp Psiquiatr, 46(1) pp. 21-28.

La investigación de Enríquez, Alba, Corzo, Caballero y Rojas (2018), la enfocaron a determinar la capacidad de adaptación y de afrontamiento, la calidad de vida y la satisfacción, de 49 cuidadores primarios de infanto-juveniles con TDAH, en el municipio Santa Clara, Uruguay. Utilizaron la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación (ESCAPS) elaborada por Callista Roy (2004), la escala de valoración de calidad de vida y satisfacción en familiares cuidadores (ECVS-FC) versión 2 elaborada por J. Grau, M. Chacón, Y. Grau, E. García y M. Ojeda (2006). Además, aplicaron el cuestionario para identificar los datos sociodemográficos e hicieron entrevistas a profundidad.

Encontraron que el 31,6% de la población estudiada por estos autores presentan alta capacidad de adaptación y afrontamiento, 52,6% de los cuidadores presentar tener una mediana capacidad en adaptación y afrontamiento y el 10,5% de los participantes, presenta una baja adaptación y afrontamiento, en relación al diagnóstico de sus hijos. En cuanto a las dimensiones afectadas en la vida de los participantes, hallan que el 52.6% refieren las emociones y las conductas, el 47.4% lo refieren al sueño o descanso y el 31.6% presenta afectaciones a nivel de relación familiar (ver tabla 10).

En relación a la satisfacción percibida por los sujetos de estudio, hallaron que el 42.1% presentan satisfacción con la asistencia humana que han recibido, 63.1% manifiestan sentirse medianamente satisfechos con los recursos materiales que les han brindado y el 68.4% reportan no sentirse satisfechos con la información que han recibido en torno a los cuidados que deben tener con el niño. A través de su investigación, Enríquez y colaboradores (2018) han “constatado que la atención a infanto-juveniles con TDAH, condicionada por la capacidad de afrontamiento y adaptación, genera alteraciones en las dimensiones de calidad de vida y satisfacción” (p.62).

Tabla 10

*Dimensiones básicas afectadas de calidad de vida de los cuidadores*

<b>Dimensiones</b>	<b>Bajo</b>	<b>Medio</b>	<b>Alto</b>	<b>Muy alto</b>	<b>No.</b>	<b>Total</b>
Apariencia física	5	2	1	0	11	19
Emociones /conductas	1	3	10	4	1	19
Síntomas físicos	3	4	4	3	5	19
Relaciones de pareja	5	3	2	1	8	19
Autocuidado	4	4	3	0	8	19
Proyecto de vida	3	4	5	0	7	19
Descanso/sueño	2	3	9	4	1	19
Dificultad económica	4	3	3	2	7	19
Vida social	2	4	5	4	4	19
Relación familiar	3	3	6	2	5	19

**Nota.** Recuperada de Adaptación, afrontamiento y calidad de vida en cuidadores de infanto-juveniles con TDAH, Enríquez, C., Alba, L., Corzo, L., Caballero, D. y Rojas, D., 2018, Acta Médica del Centro, 12(1).

Por su parte, Navarro, López, Heliz y Real (2018), en su investigación, pretendieron identificar, en 113 trabajadores, los principales factores estresores individuales, contextuales y organizacionales, asociados al síndrome y conocer cuáles son las estrategias de afrontamiento más empleadas, determinando la relación de estas últimas con el síndrome de burnout en España. Utilizaron el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) elaborado por Gil-Monte (2011), el Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales (DECORE) elaborado por Luceño y Martín (2008) y el Inventario de Respuestas de Afrontamiento-Adultos (CRI-A) de Kirchner y Forns (2010).

Dentro de los resultados hallados, encuentran que el 91% de los participantes presentan, satisfacción, en niveles altos, frente a las labores que desarrollan. Las variables clave de satisfacción que los participantes de este estudio identificaron fueron: con un 21% la jornada laboral; con un 19% sigue la relación entre los compañeros y, por último, estabilidad laboral con un 17%. En relación a la culpabilidad, reportan que 9 de cada 10 participantes presentan niveles bajos de culpabilidad. Por ende, no observan desgaste psíquico o desencanto.

En relación a lo anterior, identifican que entre más años lleve la persona en un solo cargo, mayor es el nivel de indolencia o indiferencia en el desempeño, pero,

también encuentran que entre más tiempo esté en el cargo, puede generar mayor motivación a la hora de buscar recompensas. Así mismo, a mayor apoyo que pueda recibir la persona de parte de sus compañeros, mayor es la carga laboral que puede asumir. La insatisfacción laboral, la relacionan con el factor de inestabilidad laboral con un 73%, luego aparece el salario con un 14%, jornada laboral con 8% y, por último, con un 2% la falta de formación.

Por otro lado, en cuanto a las estrategias de afrontamiento, obtienen que el 90% de los trabajadores puntúan alto en solución de problemas, el 88% marcan búsqueda de guía como su estrategia de afrontamiento y el 45% refiere utilizar reevaluación positiva, estas últimas, entrando en niveles medios o bajos. Estos autores, relacionaron las estrategias con el género, evidenciando que, frente a la estrategia de afrontamiento evitación cognitiva, los hombres presentan niveles bajos en comparación a las mujeres, quienes presentan niveles altos, en relación a esta estrategia. Sigue la estrategia aceptación, en la que hallaron que las mujeres puntúan niveles altos y los hombres, presentan niveles bajos en esta estrategia de afrontamiento.

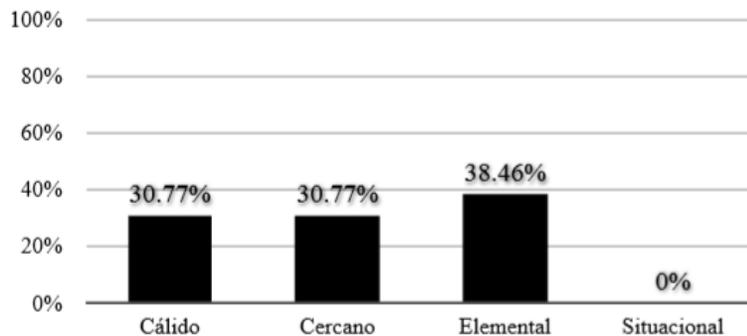
Esta investigación concluye, que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los participantes de este estudio son solución de problemas y aceptación. Relacionado a esto, las altas puntuaciones en ilusión por el trabajo y bajo desgaste psíquico, son factores de protección frente a los sentimientos de culpa y desencanto.

Menchaca, Martinez, Navarro y Castro (s.f.), realizaron una investigación sobre la parentalidad de 20 familias de niños que han sido diagnosticados con TDAH, en San Luis Potosí, México. Utilizaron la Escala de Connors en versión para padres.

Los resultados de esta investigación informaron que, dentro del manejo en las normas y los límites que establecen para sus hijos, el 46.15% de los padres puntúan mayor en las pautas de crianza relacionadas a la negociación, en

comparación al 38.46% en pautas situacionales y el 15.39% con pautas indulgentes. Dentro de los vínculos familiares de apego, los padres reportan poca comunicación y muestras de afecto, esto ligado a la convivencia, hallando un 38.46% de padres que generan vínculos elementales, un 30.77% generan vínculos cercanos y un 30.77% de padres reportan tener vínculos cálidos (ver figura 5). Encontraron, además, que los padres de los niños con este diagnóstico, tienden a favorecer el éxito desde el modelo orientador, reportándose un 46.16%; desde un modelo promotor, con un 23.07%; modelo emancipador, con un 23.07% y desde el modelo situacional, con un 7.7%.

Entonces, a partir de estos resultados, llegan a la conclusión que estos padres tienden a desarrollar un vínculo parental elemental, que se caracteriza por presentar poca comunicación y nulas manifestaciones de afecto. Sin embargo, presentan un modelo orientador frente a los alcances de sus hijos, quienes apoyan las decisiones y los esfuerzos de los mismos.



*Figura 5.* Modelos parentales en padres de hijos con TDAH: Un estudio exploratorio, Menchaca, J., Martínez, J. y Navarro, E., s.f.

Finalizando con la presentación de los antecedentes correspondientes a TDAH y estrategias de afrontamiento, podemos afirmar que el estado del problema de investigación a nivel general y particular ha sido tratado desde diversas posturas y fuentes bibliográficas, lo cual permite una visión panorámica clara sobre el objetivo de esta investigación, sin embargo no se encontraron investigaciones locales en

familias con niños diagnosticados con TDAH por lo cual aún es necesario continuar investigando en el contexto local que a futuro permita plantear estrategias oportunas y de calidad para esta población y sus familias.

## 2. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018) reporta que el 16% de la población mundial presenta algún tipo de trastorno mental y/o del comportamiento, los cuales se deben prestar atención, debido a que, estos pueden influir en la adultez, afectando la salud mental y física. Así mismo, resalta que, para mitigar la aparición de estos trastornos se deben potencializar la autoconfianza, las habilidades sociales y la resolución de problemas en los niños, niñas y adolescentes (OMS, s.f.).

Dentro de los trastornos mentales y/o del comportamiento está el Trastorno Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), que, según el DSM IV (como se cita en Pichot, López, & Valdés, 1995), es “un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar” (p. 82), el cual debe cumplir con al menos seis (6) criterios de desatención y seis (6) de impulsividad-hiperactividad por lo menos durante seis (6) meses, en relación con el nivel de desarrollo.

Barragán, de la Peña, Ortiz, Ruiz, Hernández, Palacios y Suárez (2007) mencionan que este trastorno neuropsiquiátrico es el más común a nivel mundial dentro de la población pediátrica, ocupando entre 3 y 7%. En Latinoamérica, está considerado como un problema de salud pública, afectando, aproximadamente, a 36 millones de personas, con una estimación del 5.29% (IC95% 5.01–5.56). Este trastorno, entre los países latinoamericanos, está caracterizado por presentar situaciones de hiperactividad, inatención e impulsividad, los cuales impactan en el aprendizaje y el rendimiento escolar, así como la adaptación del individuo a su medio ambiente.

Un análisis realizado, de varias investigaciones, por Vélez y Vidarte (2011) señala que, en el año 2001, la prevalencia del TDAH en Colombia, es del 16,1%. Según el DSM V, el TDAH tiene una prevalencia mundial entre el 5% en los niños y

el 2,5% en adultos (American Psychiatric Association (APA), 2014), reportando que, la primera vez que los padres se enteran de alguna alteración, es durante el transcurso de la escuela.

En Sabaneta, Antioquia el estudio de prevalencia del TDAH con adolescentes colombianos utilizando los criterios del DSM-IV fue del 20.4% (Cornejo, Osío, Sánchez, Carrizosa, Sánchez, Grisales, Castillo-Parra & Holguín, 2005). En un estudio realizado en Bogotá, donde evaluaron a 1.010 niños entre los 5 y los 12 años de edad, encontraron que 584 niños, es decir, el 57,8 % cumplen con los criterios diagnósticos del TDAH, siendo una prevalencia del 5,7 %. Además, este estudio también permitió establecer que el TDAH es un trastorno con un comportamiento que varía, debido a que están presentes factores ambientales y genéticos, así todos los niños vivan en el mismo país o ciudad (Vélez, Talero, González, & Ibáñez, 2008).

Las cifras reportadas por los diferentes estudios mencionados anteriormente, son alarmantes, debido a que es una situación que se le debe prestar atención para la comprensión y el manejo de los niños con TDAH, incluyendo a las personas que rodean al niño en su cotidianidad, haciendo énfasis a las personas que son cuidadores directos del niño. También, parte fundamental para la detección de este trastorno es la escuela, que es el lugar, donde los padres detectan los primeros signos en relación al trastorno que los niños puedan manifestar, debido a que es el sitio en el que pasan el mayor tiempo.

El TDAH está compuesto de dos grandes aspectos, como son: el diagnóstico y el tratamiento. El ámbito que suscita los mayores interrogantes es el tratamiento del TDAH, puesto que en este aspecto se generan un sinnúmero de estrategias desde aquellas diseñadas a partir de estudios serios sobre el tema, hasta aquellas que implementan las familias a partir de la experiencia de algunos casos conocidos de niños y niñas con TDAH y que no siempre son asertivas. Las estrategias sugeridas por autores como Lazarus y Folkman (como se cita en Vázquez, Crespo,

& Ring, s.f.) son: 1) las de manejo de la alteración del problema que causa el malestar y 2) las de regulación emocional, que “son métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema” (p. 426).

En este sentido, es posible afirmar que un niño diagnosticado con TDAH genera un impacto en el entorno familiar y, como se ha identificado en muchas investigaciones (Vásquez, Benítez, Izquierdo, Dueñas, Gómez y Caicedo, 2011; Bedoya y Alviar, 2013; Muñoz, Lago, Sánchez y Carmona, 2017), hace del ejercicio de la paternidad todo un reto. Adicionalmente, cada uno de los padres y familiares cercanos del niño afrontan la situación de diversas maneras. Por lo tanto, resulta imprescindible caracterizar las estrategias de afrontamiento que son implementadas por las familias con niños diagnosticados con TDAH en la ciudad de Santiago de Cali, Colombia.

Dada la situación anteriormente descrita surge la pregunta orientadora de esta investigación ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento en la familia de un niño que ha sido diagnosticado con Trastorno Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)?

### 3. Justificación

Según Weiss, Schuler, Monge, McGough, Chavira, Bagnarello y Mathews (2011), en un análisis realizado encontró que, a nivel mundial, la prevalencia del TDAH en niños escolares, es del 5.29%. Así mismo, Vélez y Vidarte (2011) postulan que las estadísticas de prevalencia del TDAH en Latinoamérica no se encuentran en un estudio generalizado, sino que se han realizado estudios en diferentes países y de este modo se ha establecido un rango de prevalencia para Latinoamérica. Es así como se ha encontrado que la prevalencia del TDAH en Venezuela es de un 10%, en Puerto Rico 8%, en Brasil 9%, en Colombia 1% y en Argentina 9%. Generalizando, se puede afirmar que la prevalencia del TDAH en América Latina es un 6% más alta que en Norteamérica y otras regiones del mundo (Vélez & Vidarte, 2011).

Para la psicología es importante el TDAH, por el alto nivel de prevalencia que este trastorno está presentando, por lo que es indicador de un problema de salud pública que, de no ser tratado adecuadamente, puede generar un deterioro acelerado de la salud mental de la sociedad a nivel general (Barragán y colaboradores, 2007).

Es por esto que el Estado Colombiano ya encendió las alarmas en relación con el tema del TDAH en el marco de una educación inclusiva (Ministerio de Educación Nacional (Mineducación), 2017). La implementación de los planes individuales de acuerdo a los ajustes razonables (PIAR) por parte del Ministerio de Educación Nacional son un indicador del nivel de preocupación existente en el ámbito escolar sobre el tratamiento de los diferentes trastornos y situaciones que colocan a la persona en una condición especial. De igual manera se encienden las alarmas en el ámbito familiar que es el entorno donde se gesta el TDAH (Mineducación, 2017).

Por lo anterior, esta investigación se enfocará en identificar las estrategias de afrontamiento, en donde se indagará el ámbito familiar. La razón de investigar las

estrategias de afrontamiento en el ámbito familiar de los niños y niñas diagnosticados con TDAH, tienen como intención aportar a futuros padres para tener conocimiento en el momento en que se enfrenten ante este diagnóstico en la familia. De ahí la importancia de caracterizar las estrategias de afrontamiento en una familia de un niño que ha sido diagnosticado con el TDAH en la ciudad de Santiago de Cali, Colombia.

En relación a la formación académica, el tema de las estrategias de afrontamiento en padres de niños diagnosticados con TDAH es importante debido a que, dentro del campo de la psicología educativa, que es en el que se enmarca esta investigación, el comportamiento de los niños con este diagnóstico manifiestan dificultades funcionales en el ámbito escolar, familiar y social; entre los cuales cabe destacar: dificultades en las relaciones interpersonales, baja autoestima, dificultad en la comunicación con sus padres y bajo rendimiento académico (Meca, 2012). En este sentido, es posible afirmar que un niño diagnosticado con TDAH genera un impacto en el entorno familiar y, como se ha identificado en muchas investigaciones (Vásquez, Benítez, Izquierdo, Dueñas, Gómez y Caicedo, 2011; Bedoya y Alviar, 2013; Muñoz, Lago, Sánchez y Carmona, 2017) hace del ejercicio de la paternidad todo un reto.

## **4. Objetivos**

### **4.1. Objetivo General**

Caracterizar las estrategias de afrontamiento en la familia de un niño que ha sido diagnosticado con TDAH en la ciudad de Santiago de Cali, Colombia.

### **4.2. Objetivos específicos**

- Identificar las estrategias de afrontamiento implementadas por la familia de un niño diagnosticado con TDAH.
- Describir las estrategias de afrontamiento implementadas por la familia de un niño diagnosticado con TDAH.
- Comparar las estrategias de afrontamiento entre los integrantes de la familia de un niño diagnosticado con TDAH.

## 5. Marco teórico conceptual

El trastorno, desde el modelo dinámico que surgió durante el siglo XX, se centra en indagar la estructura de la personalidad, siendo sus manifestaciones conductuales relacionadas con el inconsciente (Fernández-Ballesteros, 2013). En contraste, según Batlle (s.f.), el modelo cognitivo-conductual asocia el trastorno con una inadecuada o errónea manera de procesar la información.

Así mismo, Batlle (s.f.) referencia que dentro de este enfoque se debe de tener en cuenta dos distinciones: entre la deficiencia y la distorsión. La primera, hace énfasis en que el déficit del proceso cognitivo, se asocia a deficiencias en el proceso de la información proveniente del medio que recibe el sujeto, en donde la dificultad, está situada en el procesamiento ejecutivo a la hora de detenerse o de pensar antes de actuar. Por lo general, aquí se ubican niños impulsivos o con déficit de atención. La segunda, hace alusión a que el sujeto presenta un trastorno en el procesamiento de la información, es decir que en el momento de que la información es procesada a nivel social e interpersonal, se distorsiona siendo particular en niños con depresión o con ansiedad.

Partiendo de lo anterior, esta investigación se sustentará en el término de trastorno desde el modelo cognitivo-conductual, entendido como el procesamiento de la información que se ha ejecutado de una manera errónea o inadecuada, por ello, la naturaleza de éste, va a estar ligada a una deficiencia en el proceso cognitivo.

Ahora bien, dejando en claro el término de trastorno, es importante definir el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Al revisar la literatura, los escritos de Barkley y Crichton (1798) son importantes para la consolidación de la definición.

Durante muchos años, el TDAH ha sido considerado un trastorno que presenta sus orígenes a nivel neurobiológico, ya que los antecedentes demuestran que, lo que hacían, era observar el comportamiento de los niños. Una de las

aportaciones a la definición de este trastorno, va por parte de Crichton (1798). En su libro menciona que, la irritabilidad, estaba relacionada con manifestaciones a nivel muscular, por lo que, para él, ciertas partes del cuerpo, como el estómago, corazón, vejiga, entre otros, estaban hechos de fibras que, por medio de estímulos se irritaban. Aclara, además, que “ninguna parte que no sea fibrosa puede ser irritable” (p.10). En el documento Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (2006), también hacen mención acerca de la definición al TDAH, por lo que dicen que, a través de los años, ha sufrido variaciones conceptuales, por ejemplo, “síndrome del niño con lesión cerebral”, “hiperquinesia”, “síndrome del niño hiperactivo”, “disfunción cerebral mínima” y como se le denomina actualmente “trastorno por déficit de atención (con o sin hiperactividad)” (p.85). Esta definición conceptual neurobiológica se ha mantenido en muchos autores, como son Castellanos y Acosta (2004), puesto que relacionan al TDAH con una anormalidad a nivel anatómico del cerebro, donde los síntomas de este, estarían ligados a una alteración en las regiones prefrontales derechas, ganglios basales y cerebelo, presentándose, también, alteraciones en la distribución de mielina y materia gris, todo relacionado con una disminución del volumen cerebral.

Respecto a la atención, Crichton (1798) también indagó sobre este tema, refiriendo que el mantenimiento o no de esta, depende de la disposición del organismo, y a esto lo llamó “facultad”, diciendo que es la más importante para la obtención del conocimiento. En relación a esa conclusión, Castellanos y Acosta (2004) sustentan que la falta de atención, va ligada con las alteraciones que se presentan en el prefrontal de estos niños, por lo que, el prefrontal con un volumen normal (sin alteraciones) ayuda a regular la atención selectiva, inhibición de la respuesta, entre otros.

Siguiendo esta línea, Barkley (1997) crea un nuevo modelo en el que integra la inhibición del comportamiento, especificando que la inhibición errónea es la deficiencia central del TDAH. Afirma que, esta inhibición, ayuda al desarrollo de cuatro habilidades que son “memoria de trabajo, internalización del habla,

autorregulación de la activación-motivación-afecto y reconstitución” (p.72). Estas permiten poner una mayor atención dirigida por el objetivo y la persistencia en la tarea que se esté desarrollando.

Sin embargo, el TDAH ha generado fuertes polémicas, tanto a nivel conceptual como metodológico. Así, Rubiales (2014) menciona que los estudios o revisiones que se están realizando frente al concepto de TDAH giran en torno a establecer claridad en el diagnóstico, seguido de aclarar si los subtipos son manifestaciones de diversos trastornos, hallándose diferencias entre la epidemiología, sintomatología central y asociada.

Por otro lado, a nivel metodológico, hay profesionales que afirman que el TDAH es una “invención de las farmacias”. Para iniciar, Jiménez (s.f.) hace una reflexión respecto que los profesores y pediatras diagnostican a los niños con este trastorno, sin tener en cuenta el contexto o la crianza que le han brindado sus padres. Además, invita que no se confunda las dificultades del aprendizaje con el TDAH. De acuerdo a lo anterior, Waisblat (2012) referencia que la definición del DSM IV no hace una diferencia clara entre trastorno y enfermedad, y va ligada es a la enfermedad y no a un trastorno, siendo este último “... una asociación fenomenológica y estadística de ciertos síntomas que aparecen asociados” (p.3). Hace una crítica respecto a que este trastorno no debería reducirse a nivel neurológico, por lo que se debe tener en cuenta que el comportamiento conflictivo es primordial y la psique del niño está en construcción y crecimiento continuo (Berger, Janin, Rodolfo y Breeding como se cita en Waisblat, 2012).

Como algunos autores expresan que el TDAH es de base neurobiológica y se tiene una mirada más de enfermedad que de trastorno, el tratamiento está ligado a la medicación, generando acuerdos y desacuerdos. Este es el caso del psicólogo clínico Marino Pérez, el cual, en colaboración con otros dos autores, escribieron el libro “Volviendo a la normalidad. La invención del TDAH y del trastorno bipolar infantil”, en donde ellos se inclinan por el lado en que, la medicación, es una solución

rápida a las necesidades de los padres o educadores, quienes pueden presentar inconvenientes frente a los comportamientos que los niños presentan en diversas tareas que requieren de concentración o de atención. Sin embargo, recalcan que “eso, que puede ser un problema, desde luego no por ser un problema es una enfermedad” (Pérez como se cita en Olías, 2014).

En relación a lo que mencionaba Jiménez (s.f.), Pérez y colaboradores, explican que estos comportamientos en el niño pueden estar ligados al entorno o al aprendizaje respecto al autocontrol; además que, por medio de la evolución de la tecnología, hay demasiada estimulación y actualmente hay padres tan ocupados que no están pendientes de lo que hacen sus hijos frente a todas estas distracciones.

Finalmente, Pérez (como se cita en Olías, 2014) afirma que son muchos los profesionales que adoptan esta postura, por lo que la medicación que ingieren los niños para este trastorno, no es la adecuada, ya que reciben son anfetaminas las cuales inhiben la recaptación de dopamina, generando, en el niño, una obstrucción en el desarrollo de sus actividades. Dicho medicamento, no solo afecta a corto plazo, sino que tiene sus repercusiones a largo plazo, generando problemas cardiovasculares. Además, han encontrado que esta medicación puede contribuir a la aparición del trastorno bipolar afectivo. Por medio de estos estudios, es que muchos afirman que el TDAH es “negocio farmacéutico”, porque si a largo plazo genera otras enfermedades, entonces se va a necesitar otros medicamentos, los cuales contrarresten los síntomas (Pérez como se cita en Olías, 2014). Cabe resaltar que si el TDAH no es tratado a tiempo puede generar, en los niños, conductas antisociales, trastornos afectivos, ansiedad y a futuro, en la adolescencia, abuso de sustancias psicoactivas, accidentes de tránsito o embarazos no deseados (Instituto Neurológico de Colombia, s.f.).

Teniendo en cuenta lo anterior, los padres de niños diagnosticados con TDAH, deben enfrentar una serie de situaciones tanto a nivel familiar, social como

escolar, que les puede generar estrés o ansiedad constante a la hora de atender las necesidades de sus hijos. Así como lo afirma Grau (2007) el estrés parental "... de los niños con TDAH afecta a las relaciones familiares, insatisfacción parental, y a la posible manifestación de problemas psicopatológicos en los padres relacionados principalmente con la severidad de los síntomas conductuales del niño" (p.53) (ver figura 6). En relación a esto, Puentes y colaboradores (2014) afirman que, "...si dejamos al margen las discapacidades psíquicas, el TDAH es probablemente el trastorno psicopatológico de mayor impacto en el desarrollo y en la vida del individuo, su familia y su entorno en general" (p.96).

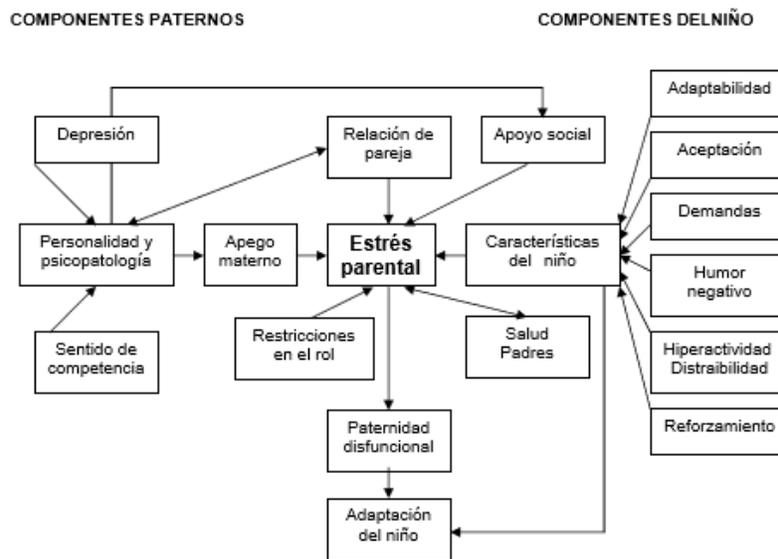
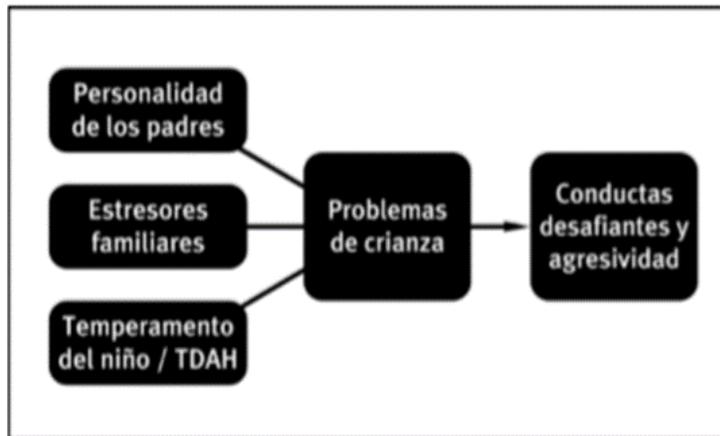


Figura 6. Recuperada de Análisis del contexto familiar en niños con TDAH, Grau, M., 2007, Servei de Publicacions.

Como se menciona en el párrafo anterior, las diversas manifestaciones que presenta el niño con TDAH generan estrés parental, lo cual esto puede influir en la crianza, llevando a que los padres desarrollen conductas de agresividad ante el niño como método de corrección ante la situación (Scandar & Bunge, 2017) (ver figura 7).



*Figura 7.* Recuperada de Tratamientos psicosociales y no farmacológicos para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes, Scandar, M. y Bunge, E., 2017, Revista Argentina de Clínica Psicológica, XXVI (2), pp. 210-219.

Del mismo modo, dentro de la familia, los niños aprenden sobre los roles que asumen en la sociedad, los vínculos afectivos con ellos mismos y para con los demás, en donde están inmersas las relaciones sociales y las estrategias de afrontamiento que pueden emplear ante una adversidad o acontecimiento generador de estrés o de cambios (ICBF, 2013).

Por esto es fundamental el afrontamiento, que, para Lazarus (1993), es "... el esfuerzo continuo de la persona en el pensamiento y la acción para gestionar las demandas específicas consideradas impositivas o abrumadoras" (p.8), en donde los padres logren aprender sobre éste para sobrellevar las adversidades, en las cuales se puedan ver enfrentados hacia las necesidades de sus hijos. En relación a esto, Pérez (2013) postula que dentro del afrontamiento se encuentran dos secciones, la intraindividual, referida a que el sujeto utiliza diferentes estrategias a la hora de enfrentar varias situaciones; y la interindividual, la cual hace mención a que dos personas, posiblemente, no utilicen la misma estrategia de afrontamiento ante una situación similar o igual.

Es importante aclarar, que los estilos de afrontamiento son diferentes a las estrategias, dado a que estos estilos, son los factores predisponentes que utiliza la persona para enfrentar diversas situaciones, ayudando a determinar el uso de estrategias, estabilidad temporal y situacional (Solís & Vidal, 2006). Sin embargo, son necesarios para las estrategias, ya que éstas, como se evidencia, se encuentran establecidas en los estilos. En cambio, las estrategias de afrontamiento para el estrés, según Sandín (2002), están relacionadas a llevar a cabo acciones concretas para modificar el factor estresor y así poder reducir los niveles de tensión, como por ejemplo ver una película o buscar apoyo social.

Lazarus (1993) además, señala que las estrategias de afrontamiento “son altamente contextuales, ya que para ser efectivas deben cambiar con el tiempo y en diferentes condiciones estresantes” (p.8). Él plantea que el afrontamiento se divide de dos maneras: centrado en el problema y centrado en la emoción. El primero está referido a las estrategias que tiene una persona para cambiar las relaciones de otra, para con el medio que lo rodea. Si lo logra, el estrés psicológico mejora. El segundo se refiere a las estrategias de la persona para interpretar o atender de manera diferente, las situaciones por las que está atravesando. Dicho de otro modo, “ya sea que el cambio se produzca en condiciones externas o en la forma en que uno lo construya, el afrontamiento influye en el estrés psicológico mediante la evaluación” (p.8).

Las categorías de TDAH y estrategias de afrontamiento son las que están relacionadas frente a lo correspondiente en esta investigación, que refiere a caracterizar las estrategias de afrontamiento en una familia de un niño diagnosticado con TDAH, en donde, dentro de este marco, es importante reconocer las componentes que se encuentran dentro de las estrategias de afrontamiento.

### **5.1. El Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)**

Este trastorno es determinado, por el DSM-IV, como una conducta constante de desatención y/o de hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y profunda

en algunos niños dentro de un grupo de desarrollo similar o igual. Algunos de los síntomas que se manifiestan, relacionados a la hiperactividad-impulsividad o desatención, pueden aparecer antes de los 7 años de edad. Además, debe desarrollarse en al menos dos o más entornos en los que se desenvuelve el niño como la casa, escuela, entre otros (Pichot, López, & Valdés, 1995).

Con respecto a las categorías diagnósticas, el DSM-V define la inatención como una manifestación conductual, en la cual se denotan las desviaciones, dificultades y la desorganización para el desarrollo de una actividad o tarea, en donde no implique la falta de comprensión. La hiperactividad, hace referencia a la actividad motora excesiva como juegos, golpes o verborrea, cuando no es el momento apropiado para desarrollar dichas actividades. Por último, la impulsividad son las acciones precipitadas, sin reflexión, las cuales pueden generar un gran riesgo de daño para el individuo. Esto se manifiesta por medio del deseo de la recompensa inmediata o la incapacidad de retrasar la gratificación (APA, 2014).

Barkley (1997) enfatiza que, para el modelo híbrido, la causa del déficit está relacionada a la inhibición del comportamiento. Esta inhibición, permite que se desarrollen eficazmente cuatro habilidades ejecutivas que son memoria de trabajo, internalización del habla, autorregulación de la activación-motivación-afecto y reconstitución, las cuales ayudan a la “autorregulación, poniendo progresivamente el comportamiento bajo el control del tiempo y la influencia del futuro sobre las consecuencias inmediatas. La interacción de estas funciones ejecutivas permite un funcionamiento adaptativo mucho más efectivo hacia el futuro social (autosuficiencia social)” (Barkley, s.f., p.83). Entonces, cuando se manifiesta el TDAH, lo que hace es que se presente disminuciones en las cuatro habilidades ejecutivas, generando poco control de la conducta motora, la cual conduce a la falta de atención (Barkley, 1997).

La falta de atención, hace que el niño no culmine una tarea o no siga las instrucciones adecuadas frente a la tarea dada, esto sucede porque, por lo general,

son niños que pueden dar la impresión de no estar escuchando a la hora de recibir la información. Esto lleva a que el niño evite tareas o compromisos que le demanden una atención prolongada (Vélez & Vidarte, 2011).

De igual modo, Vélez y Vidarte (2011), plantean, además, que la hiperactividad en estos niños puede llegar a generar depresión o pensamientos negativos hacia ellos mismos, debido a que, esta hiperactividad, tiende a ser molesta para las personas que rodean al niño, lo que los lleva a recurrir a castigos, físicos o conductuales, para corregir su conducta. Así mismo, Barkley (como se cita en Bedoya & Alviar, 2013) enfatiza que el TDAH afecta al niño en sus actividades cotidianas, en lo que se incluye las relaciones sociales, en el funcionamiento familiar y a nivel educativo. Se evidencia también, dificultad para adherirse a las normas, reglas o leyes.

Bedoya y Alviar (2013) afirman que dentro de los principales retos que puede presentar la familia del niño con este diagnóstico, gira en torno a mantener la relación de poder entre padre-hijo, debido al comportamiento desafiante que presenta el niño, hacia su figura de autoridad. Al tener este comportamiento tan marcado, los niños con este trastorno suelen ser el foco atencional en cada lugar en el que se desenvuelve, generando una imagen de problemáticos, por lo que puede llevar a ser rechazados por sus pares o por adultos independientes de su entorno familiar, lo cual implica que los padres presenten temores o angustias por la pérdida del control que puedan estar presentando (Bedoya & Alviar, 2013).

Otra manifestación importante es la falta de autorregulación de emociones que tienen estos niños, llevándolos a presentar dificultades en la resolución de problemas, debido a que, por lo general, les falta desarrollar tolerancia ante la frustración que les pueda generar una situación de la cual ellos no tengan el control. Esta impulsividad puede llevar al niño a dirigir la agresividad hacia él mismo, golpeándose fuerte o no medir las consecuencias de sus actos y llevarlo a presentar accidentes graves (Vélez & Vidarte, 2011).

Para finalizar, Barkley (1997) aclara que el modelo neuropsicológico híbrido de funciones ejecutivas, no aplica para el subtipo que se denomina Trastorno con Déficit de Atención haciendo énfasis en la inatención (TDAH-I), referenciado así en el DSM-IV, por lo que para él todos estos subtipos están contenidos en el mismo TDAH. El DSM-IV, referencia dos subtipos diagnósticos más, que son, Trastorno con Déficit de Atención haciendo énfasis en la hiperactividad e impulsividad (TDAH-H), y el Trastorno con Déficit de Atención de tipo combinado (TDAH-C) (Pichot, López y Valdés, 1995).

## **5.2. Estrategias de afrontamiento**

Sandín (2009) en su escrito, hace un recorrido histórico sobre el concepto del estrés mencionando a Hooke, ya que él fue uno de los primeros en darle una explicación por medio de la física, a través de los términos presión, fuerza y distorsión, los cuales son los fundamentos para la conceptualización del estrés. Sin embargo, uno de estos términos se fusionó y quedaron: carga, distorsión y estrés. Entonces, desde la visión de la física, el estrés se definió como “una fuerza interna generada dentro de un cuerpo por la acción de otra fuerza que tiende a distorsionar dicho cuerpo” (p.4). Esta conceptualización trascendió, al punto que la fisiología, psicología y sociología, los adoptaron y desarrollaron teorías a partir de estos en relación con el estrés.

Para este mismo autor, hay tres perspectivas a la hora de hablar del estrés. Desde el enfoque psicológico y psicosocial, se ha focalizado al estrés como un estímulo externo. El enfoque fisiológico y bioquímico, toman al estrés como una respuesta; y el enfoque cognitivo, tiene en cuenta la interacción entre los agentes estresantes y las respuestas fisiológicas del estrés. Es decir, el estrés en este enfoque es “un proceso en el que la persona es un agente activo que puede influir en el impacto de un factor estresante a través de estrategias conductuales, cognitivas y emocionales” (Sarafino & Smith, 2010, p.56), dado que cada persona experimenta de manera diferente la tensión ante un mismo estímulo estresor.

Asimismo, Lazarus (1993) entiende al estrés desde el enfoque cognitivo, mencionándolo como un proceso, el cual se entiende como una carga de agentes internos o externos. Por consiguiente, esta carga debe ser evaluada a nivel cognitivo o fisiológico y esta ayuda a reconocer, si es o no, una amenaza, para que así se activen las estrategias de afrontamiento. Al finalizar, queda “un patrón complejo de efectos en la mente y el cuerpo, a menudo denominado reacción de estrés” (p.4). Este proceso descrito, está relacionado con la respuesta emocional que emerge frente a una situación estresante, convirtiéndose en una acción. Sin embargo, Smith y Lazarus (1990) reconocen la capacidad de reprimir las acciones apresuradas y elegir una estrategia de afrontamiento adecuada para el momento, demostrando la flexibilidad en el proceso de emoción. De modo similar, Folkman y Moskowitz (2000) escribieron respecto al efecto positivo que generan las situaciones estresantes, el cual ayuda a fortalecer a la persona frente a desencadenantes fisiológicos que puedan surgir.

Sarafino y Smith (2010) expresan que hay tres tipos de fuentes de estrés:

La fuente personal, la cual está inmersa con el estrés que pueda generar una enfermedad en el individuo, debido a que cuando la persona está enferma, se generan esfuerzos tanto físicos como psicológicos, estos relacionados con el grado de complejidad que presenten la enfermedad y el ciclo vital en el que se encuentre la persona. Así mismo, en esta misma fuente generadora de estrés, los autores ubican las situaciones en la que se tienen dos opciones, pero solo se debe tomar una sola opción, lo que puede generar un conflicto interno en la persona.

Otra fuente generadora de estrés es la familiar, debido a que es una parte fundamental en los individuos. El conflicto interno que pueda estar vivenciando una persona puede transferirlo al entorno familiar, generando conflictos y tensiones. Otras de las situaciones que pueden generar tensiones en la familia son los problemas económicos, divorcio o muerte de algún familiar (Sarafino & Smith, 2010).

Por último, Sarafino y Smith (2010) expresan que la otra fuente generadora de estrés es el entorno social, ya que, al establecer comunicación con otras personas, diferentes al entorno familiar, pueden generar conflictos de intereses entre las diversas maneras de entender e interpretar el mundo. Estos autores refieren que, en los adultos, los estresores sociales están encaminados al trabajo o en el contexto en el que viven; y, en los niños, está relacionado con el colegio y la competencia en deportes o hobbies que pueda desarrollar el niño.

Por lo tanto, se debe entender al estrés como un fenómeno complejo, en donde están implicados procesos psicológicos que median entre los estímulos y las respuestas (Sandín, 2009). Como cada persona experimenta de manera diferente la tensión frente a un mismo estímulo, así mismo cada persona difiere a la hora de enfrentar los factores estresores. Es así como Martín, Jiménez y Fernández-Abascal (2000) manifiestan que, en lo que respecta al sexo, hay diferencias entre hombres y mujeres a la hora del afrontamiento. En la estrategia “control emocional” los hombres han puntuado de manera más elevada que las mujeres. Sin embargo, en la estrategia “apoyo social” puntúan más alto las mujeres, por lo que esta va encaminada a buscar información, consejos sobre la resolución del problema, expresión emocional y demás.

Por consiguiente, las estrategias de afrontamiento son “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman como se cita en Galán & Perona, 2001, p.563). Estas deben ayudar a minimizar los niveles de estrés, si lo logra, es una respuesta adaptativa.

No obstante, Sandín y Chorot (2003) afirman que estas estrategias se utilizan tanto para eventos adaptativos como desadaptativos, las cuales pueden ser estables ante diversos eventos estresantes (Lazarus y Folkman como se cita en Sandín & Chorot, 2003). Además, el fin último de las estrategias debe tender a

ayudar a reforzar la autoestima, aumentar recompensas y disminuir castigos, resolución de problemas y lograr un buen ajuste social (Campos, Iraurgi, Páez, & Velasco, 2004). De acuerdo con Campos y colaboradores, Sandín (2009) dice que el afrontamiento o “coping” ayuda a reducir los efectos fisiológicos del estrés. Sin embargo, este afrontamiento no siempre es la guía hacia la solución del problema (Sarafino & Smith, 2010).

Folkman y Moskowitz (como se cita en Cano, Rodríguez & García, 2007) exponen que las estrategias de afrontamiento han tenido dos momentos históricos: el primero, está centrado en valorar estas estrategias desde una perspectiva cuantitativa a través de inventarios, cuestionarios o escalas psicométricas, en donde la persona, objeto de investigación, debe describir una situación estresante y se califica las acciones del afrontamiento utilizados en esa situación. Sin embargo, estas autoras afirman que el segundo momento surge, por las falencias identificadas desde la evaluación cuantitativa.

Estas falencias, giran en torno a la extensión de los instrumentos, la limitación en las estrategias de afrontamiento reconocidas y confusión en algunos términos. Es por esto, que surge la evaluación de las estrategias de afrontamiento desde una perspectiva cualitativa, donde se tiene en cuenta, en el sujeto de estudio, la profundización de las experiencias a través del discurso, en donde puede aclarar las estrategias de afrontamiento que utiliza para cada situación estresante que ha vivenciado y tener la oportunidad de descubrir nuevas formas de afrontamiento que no están descritas en los cuestionarios (Folkman y Moskowitz como se cita en Cano, Rodríguez & García, 2007).

Por otra parte, varios autores han propuesto a través de sus investigaciones, tipos de estrategias de afrontamiento. Sandín y Chorot (2003) a través de su estudio hallaron siete estrategias de afrontamiento principales que son: “la búsqueda de apoyo social, la evitación, la focalización en la solución del problema, la reevaluación positiva, la religión, expresión emocional abierta y auto focalización

negativa” (p.48). De modo similar, Skinner (como se cita en Campos y colaboradores, 2004) en un estudio encontró doce estrategias, que son: resolución de problemas; búsqueda de apoyo social; huida/evitación; distracción; reestructuración cognitiva; rumiación; desesperación o abandono; aislamiento social; regulación afectiva; búsqueda de información; negociación y oposición y confrontación.

A su vez, Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango y Aguirre-Acevedo (2006) en su trabajo refieren doce factores así: “solución de problemas, apoyo social, espera, religión, evitación emocional, búsqueda de apoyo profesional, reacción agresiva, evitación cognitiva, expresión de la dificultad de afrontamiento, reevaluación positiva, negación y autonomía” (p.341), estrategias que son las que se tendrán en cuenta para la investigación, definidas así:

**Solución de problemas:** está relacionada con “la secuencia de acciones orientadas a solucionar el problema” (p.339), en donde se tiene en cuenta el momento para hacer análisis o intervención.

**Apoyo social:** esta se refiere al apoyo de amigos o familiares, en relación al enfrentamiento del problema, donde recibe ayuda emocional o información.

**Espera:** se refiere a la creencia que la situación se resolverá sola, positivamente, con el paso del tiempo.

**Religión:** es la estrategia, donde se utiliza el rezo y la oración “para tolerar el problema o para generar soluciones ante el mismo” (p.339).

**Evitación emocional:** esta estrategia evita la reacción negativa frente a la situación ocultándola o inhibiéndola, ya sea por carga emocional o por desaprobación de otras personas.

**Búsqueda de apoyo profesional:** esta es un tipo de apoyo social, donde se emplean opiniones profesionales para obtener información sobre la situación a enfrentar.

**Reacción agresiva:** referida a todas las expresiones impulsivas de la ira, bien sea hacia sí mismo o hacia otra persona u objeto, permitiendo disminuir la emoción.

**Evitación cognitiva:** por medio de esta estrategia, se neutralizan los pensamientos negativos de la situación problema, a través de actividades.

**Expresión de la dificultad de afrontamiento:** está relacionada con la expresión acerca de “las dificultades para afrontar las emociones generadas por la situación, expresar las emociones y resolver el problema. Esta estrategia surge como una expresión de desesperanza frente al control de las emociones y del problema” (p.341).

**Reevaluación positiva:** referida a los aprendizajes que pueda tener la situación problema por medio de la identificación de los aspectos positivos.

**Negación:** entendida como la falta de aceptación y evitación de la situación problema, donde la persona opta por un comportamiento de alejamiento, temporal, frente al problema.

**Autonomía:** en esta estrategia, la información para la solución, se busca de manera independiente, sin ayuda ni de familiares o amigos.

Además, durante el análisis de las entrevistas surgieron subcategorías, las cuales son:

**Apoyo familiar:** esta subcategoría surge de la definición de la estrategia de afrontamiento apoyo social.

**Solución de manera independiente:** esta subcategoría surge de la definición de la estrategia de afrontamiento autonomía.

**Curiosidad:** Berlyne (como se cita en Arnone, Grabowski & Rynd, 1994) postula que la curiosidad precede a la solución de un conflicto, llevando a la persona a un nivel de funcionalidad más efectiva.

**Confrontación:** según Lazarus y Folkman (como se cita en Vázquez y colaboradores, s.f.) la confrontación son los “intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas o potencialmente arriesgadas” (p.427).

**Apoyo profesional - médico y Apoyo profesional - psicología:** estas subcategorías surgieron a partir de la definición de la estrategia de afrontamiento búsqueda de apoyo profesional.

**Desesperanza:** esta es entendida como la incapacidad de llegar a la meta, en donde se desarrolla la resignación de no lograr superar alguna situación negativa (Yagosesky, 2009).

**Rumiación:** esta estrategia la postula Skinner (como se cita en Campos y colaboradores, 2004), la cual está referida “a la focalización repetitiva y pasiva en lo negativo” (p.29), en donde aparecen los pensamientos negativos o de catástrofe, frente a la situación estresante.

**Solución de problemas- análisis y Solución de problemas- intervención:** estas subcategorías surgieron a partir de la definición de la estrategia de afrontamiento solución de problemas.

Por su parte, Folkman y Lazarus (como se cita en Vázquez y colaboradores, s.f.) proponen ocho estrategias así: confrontación, planificación; distanciamiento; autocontrol; aceptación de responsabilidad; escape-evitación; reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social.

Por consiguiente, Lazarus (1993) llega a varias conclusiones sobre el afrontamiento referidas a que a) la mayoría de personas utilizan las dos estrategias descritas por él, que pueden ser “los intentos de cambiar las realidades del entorno de la persona detrás de las emociones negativas (afrontamiento centrado en el problema) o los intentos de cambiar lo que se atiende o cómo se evalúa (afrontamiento centrado en las emociones)” (p.16), en donde se encuentran contenidas las ocho estrategias descritas anteriormente. b) A la hora de afrontar una situación, depende de la evaluación de la misma para tomar la decisión de actuar (centrado en el problema) o no (centrado en la emoción). Y c) estas estrategias dependen del contexto en el que esté inmersa la persona, por lo que el afrontamiento que pueda utilizar en ese contexto puede ser que, en otro, no sea lo adecuado.

Cano, Rodríguez y García (como se cita en Sáenz, 2017), dividen las estrategias de afrontamiento en positivas y negativas, como se evidencia en la tabla 11, así:

Tabla 11

*Estrategias de afrontamiento del estrés positivas y negativas*

POSITIVAS	NEGATIVAS
<b>Resolución de problemas:</b> eliminar el estrés modificando la situación que lo produce.	<b>Autocrítica:</b> Autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.
<b>Pensamiento desiderativo:</b> estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante.	<b>Expresión emocional:</b> estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés.
<b>Apoyo social:</b> Búsqueda de apoyo emocional.	<b>Evitación del problema:</b> estrategias de negación y evitación de pensamientos relacionados con la situación estresante.
<b>Reestructuración cognitiva:</b> estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante.	<b>Retirada social:</b> estrategias de retirada de personas significativas que están asociadas con la reacción emocional en el proceso estresante.

**Nota.** Recuperada de Estrategias de afrontamiento del estrés en familias que conviven con un miembro con síndrome de Down, Sáenz, M., 2017.

Es importante que las familias reconozcan las estrategias de afrontamiento que están empleando para las diferentes adversidades que se presentan en relación a los síntomas del TDAH, esto con el fin de prevenir el síndrome del cuidador quemado. Gómez y Alonso (como se cita en Sáenz, 2017) refieren que este síndrome aparece cuando, los cuidadores principales, se dedican solo al cuidado de la persona que lo requiera y no apartan tiempo para el ocio y la recreación de ellos mismos, afectando la salud mental y física del cuidador, por lo que se acumulan tensiones y no tienen previsto las estrategias de afrontamiento a utilizar. Esto puede estar influido por la dependencia en el cuidado del niño, por los costos

en el tratamiento o por los cambios repentinos en la conducta (Zambrano & Ceballos, 2007).

Después de haber expuesto algunas posturas teóricas de las estrategias de afrontamiento y del TDAH, es importante aclarar que la investigación tendrá de base al autor Lazarus (1993), para las estrategias de afrontamiento, entendidas como un esfuerzo entre el pensamiento y la acción frente a la situación estresante, siendo este afrontamiento cambiante tanto en el tiempo como entre las personas; y la definición del DSM-IV sobre el TDAH, entendida como una conducta constante de desatención y/o de hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y profunda en algunos niños dentro de un grupo de desarrollo similar o igual.

## **6. Marco Metodológico**

### **6.1. Paradigma**

La investigación tiene un paradigma interpretativo, debido a que entiende la realidad desde una perspectiva diversa y holista, en donde da un significado al comportamiento humano y las prácticas sociales, las cuales son importantes de analizar. Para este análisis, la relación investigador-sujeto de estudio es empática. Además, predomina la práctica frente a la estandarización, por ende, no hace generalizaciones ("Unidad 1", 2010). Así mismo, dentro de este paradigma, se tiene en cuenta las significaciones de los sujetos de estudio que le brindan a las situaciones por las que están atravesando (Martínez, 2011).

### **6.2. Método**

#### **6.2.1. Perspectiva**

La investigación posee una perspectiva cualitativa, siendo enfocada al estudio de la subjetividad de los sujetos y su significación proporcionando profundidad y riqueza interpretativa en cuanto al entorno y las experiencias de los sujetos de la investigación (Sampieri, Fernández, & Baptista, 2014), donde se interpretan las acciones, los hechos y el lenguaje para analizarlos con el contexto de los sujetos (Martínez, 2011).

#### **6.2.2. Tipo**

El tipo de la investigación es fenomenológico, ya que, según Sampieri y colaboradores (2014), se enfoca en la experiencia compartida entre los sujetos. El propósito principal de este diseño es el de "explorar, describir y comprender las experiencias de las personas con respecto a un fenómeno y descubrir los elementos en común de tales vivencias" (p.493). Además, comprende las situaciones desde el sentido que le brindan los sujetos de estudio, en relación al contexto en el que se enmarcan (Martínez, 2011).

Así mismo, la muestra es no probabilística debido a que, la finalidad del estudio no es la generalización en términos de probabilidad, en donde el acceso de la población es a conveniencia (Sampieri y colaboradores, 2014).

### 6.2.3. Diseño

El diseño de la investigación es no experimental, por lo que no se realiza una manipulación deliberada de las categorías y los sujetos a estudiar se observan en su ambiente natural para luego, realizar el respectivo análisis (Sampieri y colaboradores, 2014; Agudelo, Aigner y Ruiz, s.f.).

Además, es de tipo transversal, ya que “su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (Sampieri y colaboradores, 2014, p.154).

### 6.3. Categorías de análisis

Tabla 12

*Categorías de análisis*

<b>Categoría</b>	<b>Componentes de las estrategias de afrontamiento</b>	<b>Subcategorías</b>	<b>Fuentes</b>	<b>Técnicas</b>
<b>Estrategias de afrontamiento:</b> Entendidas como los comportamientos a nivel cognitivo y comportamental, cambiantes con el tiempo, para	Solución de problemas, apoyo social, espera, religión, evitación emocional, búsqueda de apoyo	Desesperanza, rumiación, solución de manera independiente, curiosidad, confrontación	Familia del niño	Entrevista semiestructurada y análisis de categorías

afrontar situaciones que puedan ser estresantes, tanto internas como externas.	profesional, reacción agresiva, evitación cognitiva, expresión de la dificultad de afrontamiento, reevaluación positiva, negación y autonomía	n, solución de problemas de análisis, solución de problemas de intervención, apoyo familiar, apoyo profesional médico y apoyo profesional de psicología.	semánticas en software Atlas. Ti
--	---	--	----------------------------------

**Fuente:** elaboración propia.

#### 6.4. Población

El instrumento se aplicó en una familia de un niño que ha sido diagnosticado con TDAH y que habita en la ciudad de Santiago de Cali, en el barrio Popular. De esta forma, las entrevistas semiestructuradas serán dirigidas a los familiares. Esta familia está conformada por dos adultos, la abuela del menor, de 65 años y la madre del niño de 32 años de edad, junto con el niño, quien tiene 9 años de edad.

**Criterios de inclusión:** de la presente investigación podían participar, voluntariamente, aquellas familias que tuvieran un hijo diagnosticado con TDAH.

**Criterios de exclusión:** familias que no tuvieran hijos diagnosticado con TDAH y familias que no quisieron participar voluntariamente en la investigación.

## **6.5. Instrumento**

El instrumento que se utilizó dentro de la investigación estuvo basado en entrevistas semiestructuradas, las cuales, a medida que avanzó la entrevista salieron preguntas para realizarles a las integrantes de la familia, objeto de estudio.

Para la construcción de la entrevista, se tuvo en cuenta las estrategias de afrontamiento, validadas en Colombia por Londoño y colaboradores (2006) donde están contenidas 12 estrategias de afrontamiento así: “solución de problemas, apoyo social, espera, religión, evitación emocional, búsqueda de apoyo profesional, reacción agresiva, evitación cognitiva, expresión de la dificultad de afrontamiento, reevaluación positiva, negación y autonomía” (p.341). De igual modo, para la construcción de las preguntas, se tuvo en cuenta el cuadro, elaborado por Gutiérrez (2009), donde aparecen los grados de la capacidad, estilos y dominios de las estrategias de afrontamiento.

Antes que la entrevista fuera validada, primero se hizo una primera entrega al director de la investigación, quien hizo las respectivas observaciones. A partir de esas observaciones, se corrigió las preguntas y se hizo una segunda entrega al director. Luego, se envió el documento a los dos jueces expertos, para obtener la validación, la cual se obtiene con éxito (ver anexo 2).

## **6.6. Procedimiento**

### **6.6.1. Fases**

Esta investigación fue desarrollada con las siguientes fases:

Revisión de la literatura con el fin de conocer el fenómeno para escoger el planteamiento del problema. Luego, plantear las metas que tendrá la investigación, sustentadas con la teoría pertinente acerca del fenómeno a estudiar. Es así, como se continúa con la recolección de datos, en donde se tiene en cuenta la ética que a los profesionales de psicología rige en el contexto colombiano llamada Ley N° 1090 de 2006, que versa así:

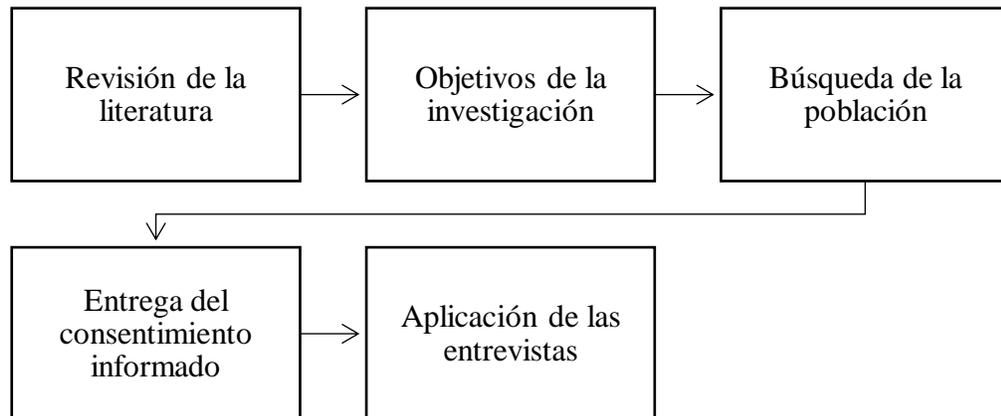
En el Título II, Artículo 2º, apartado tres, versa que los psicólogos estarán atentos a los patrones de la comunidad. La conformidad o desviación de estos, puede impactar sobre la calidad del desempeño del psicólogo.

Dentro del estudio se tratará con información personal de la familia, así que, es necesario y obligación, mantener la confidencialidad (ver anexo 3), mencionada en el apartado cinco, con:

(...) la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos. Revelarán tal información a los demás solo con el consentimiento de la persona o del representante legal de la persona, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona u a otros. Los psicólogos informarán a sus usuarios de las limitaciones legales de la confidencialidad (p.2).

Es importante resaltar el apartado nueve del mismo artículo, el cual postula que, el psicólogo, a la hora de desarrollar una investigación, debe de respetar el bienestar y la dignidad de los participantes.

Finalmente, en el Título VII, Capítulo VII, artículo 55 hace mención a que, el investigador, no debe aceptar presiones que pretendan utilizar los resultados de una manera errónea. En este sentido, en el artículo 56, el profesional tiene el derecho intelectual sobre su investigación y esta podrá ser divulgada con el consentimiento del autor.



*Figura 8. Fases de la Investigación.*

### **6.6.2. Tratamiento de datos**

Cuando ya se recolectaron los datos, se continuó con la transcripción de las entrevistas para luego, hacer la debida categorización y pasar al análisis de resultados, para lo cual se utilizó el software Atlas. Ti versión 8.1. Este sirve para asociar códigos o categorías, con los fragmentos del discurso expresado en la entrevista o, también, entre otros formatos digitales que difícilmente puedan analizarse formal o estadísticamente. Además, busca patrones en los códigos, lo cual ayuda a clasificarlos (Gallardo, 2014). Se continuó con el diseño de una unidad semántica apoyada en el software realizada a partir de la codificación y, por último, se hace la discusión a partir de la triangulación de marco referencial, marco teórico conceptual y resultados.

## 7. Resultados

La recolección de datos de la familia Romero, fue por medio de entrevistas semiestructuradas. Por fines de simplificación, la madre del niño será nombrada como sujeto 1 y la abuela será sujeto 2. Para el análisis de los datos cualitativos, tanto para el sujeto 1 como para el sujeto 2, fueron extraídos del software de Atlas. Ti 8.1, donde están contenidos el análisis de los códigos, de las citas, listas de palabras, nube de palabras y las redes semánticas.

Los resultados del sujeto 1 a partir del análisis de los códigos en Atlas. Ti, arrojaron que la categoría con mayor predominio es la de expresión de la dificultad de afrontamiento, en la que se liga las subcategorías de desesperanza y rumiación. Continúa la categoría de autonomía, la cual contiene las subcategorías de solución de manera independiente, curiosidad y confrontación. Sigue la categoría reevaluación positiva. Luego, está la categoría de solución de problemas, con las subcategorías de solución de problemas de análisis y solución de problemas de intervención.

Siguiendo con la presentación de las estrategias de afrontamiento identificadas, está la categoría de apoyo social, donde está contenida la subcategoría de apoyo familiar, continuando la categoría de búsqueda de apoyo profesional, con las subcategorías de apoyo profesional médico y apoyo profesional de psicología, y en ese mismo rango, está la categoría de reacción agresiva. Por último, se hallan las categorías de espera; continuando las categorías de evaluación cognitiva, negación y religión, contenidas las tres en el mismo puntaje, finalizando con la categoría de evitación emocional.

En la tabla 13, en la columna enraizamiento, están contenidos los puntajes de las categorías y subcategorías mencionadas en el párrafo anterior.

Tabla 13

*Estrategias de afrontamiento del sujeto 1*

<b>Código</b>	<b>Enraizamiento</b>	<b>Subcódigo</b>	<b>Enraizamiento</b>	<b>Total</b>
<b>Expresión de la dificultad de afrontamiento</b>	57	Desesperanza	25	120
		Rumiación	38	
<b>Autonomía</b>	11	Solución de manera independiente	48	85
		Curiosidad	8	
		Confrontación	18	
<b>Reevaluación positiva</b>	75			75
<b>Solución de problemas</b>	36	Solución de problemas-análisis	12	53
		Solución de problemas-intervención	5	
<b>Apoyo social</b>	7	Apoyo familiar	15	22
<b>Búsqueda de apoyo profesional</b>	16	Apoyo profesional-médico	1	18

		Apoyo profesional- psicología	1
<b>Reacción agresiva</b>	18		18
<b>Espera</b>	17		17
<b>Evitación cognitiva</b>	3		3
<b>Negación</b>	3		3
<b>Religión</b>	3		3
<b>Evitación emocional</b>	1		1

**Fuente:** elaboración propia.

Siguiendo con la exposición de resultados, en la figura 9, están contenidas las palabras frecuentes detectadas en el discurso del sujeto 1, donde se halla que las palabras mencionadas, más repetidas son: él, yo y mamá.



Estrategias de afrontamiento en una familia de un niño diagnosticado con TDAH

Problemas	22
Familia	9
Mamita	8
Profesor	8
Quejas	8
Castigo	6
Habilidades	6
Hablando	6
Profesora	6
Abuela	5
Atrasado	5
Psicóloga	4
Psicología	4
Ayudarle	3

**Fuente:** elaboración propia.

Sumado a lo anterior, está la red semántica, la cual demuestra las relaciones entre las diversas estrategias de afrontamiento identificadas en el discurso del sujeto 1.

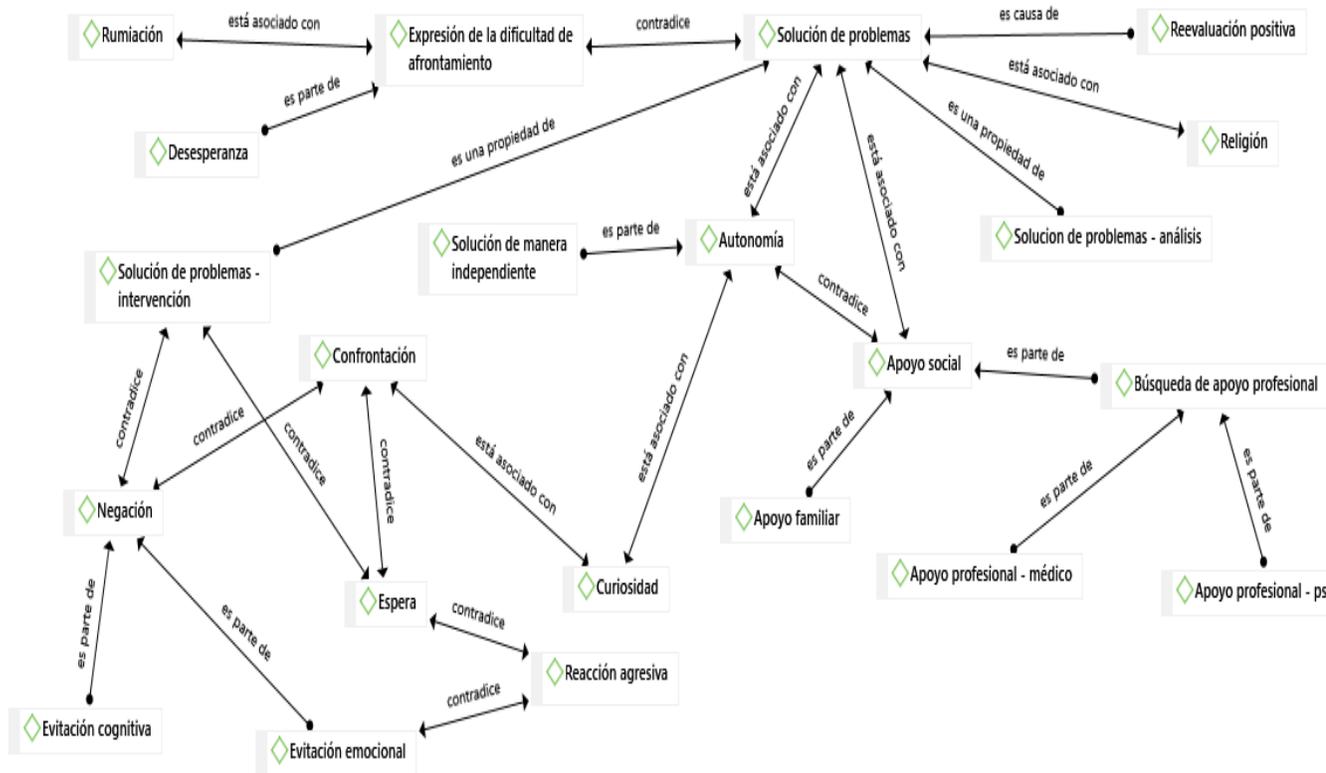


Figura 10. Red Semántica de las Estrategias de Afrontamiento del Sujeto 1.

A través de los resultados presentados la estrategia de afrontamiento con mayor predominio que se observa en la tabla 13 del sujeto 1, es la expresión de la dificultad de afrontamiento, en donde las subcategorías de, desesperanza hace parte de esta y la rumiación está asociada a dicha categoría (ver figura 10). Estas tres suman un total de 120 citas detectadas durante el discurso. Es por esto que, a pesar que las palabras más repetidas hayan sido él, yo y mamá, también aparezcan con alto índice de repeticiones las palabras problema, problemas, quejas y atrasado, pertenecientes a la estrategia de afrontamiento mencionada. Esta estrategia se evidencia cuando este sujeto presenta situaciones en relación a las labores académicas del niño, mencionando preferir hacer algunas labores del niño debido a que el sujeto 1 piensa que, él no va a concentrarse para terminar (ver anexo 4).

En relación a las palabras él y yo, son las más repetidas, debido a que el tema está centrado en el niño y su relación con el sujeto 1. Sin embargo, las palabras yo, que tiene 235 repeticiones y ayudarle con puntaje de 3 repeticiones, pueden estar relacionadas a la estrategia de afrontamiento autonomía, a la cual hacen parte las subcategorías solución de manera independiente y curiosidad, que en esta última está contenida, confrontación (ver figura 10). Las cuatro, suman un total de 85 citas detectadas. Esta estrategia de afrontamiento se presenta en este sujeto cuando mencionaba que, decidió estudiar psicología para tomar decisiones frente al diagnóstico del niño y determinar cómo le podía ayudar (ver anexo 4).

Ahora bien, la palabra mamá tiene 81 repeticiones en el discurso del sujeto 1, evidenciándose una relación con la subcategoría de apoyo familiar que es parte de la estrategia de afrontamiento apoyo social (ver figura 10). Además, si se unen las palabras mamita (abuela) y abuela, estas tres quedarían con un puntaje total de 94 repeticiones durante la entrevista, afirmándose la relación de estas palabras con la subcategoría de apoyo familiar, en donde en la tabla 12 se muestra que, en total, fueron 22 citas detectadas en relación a dicha estrategia. A pesar que la palabra familia, también aparece tabulada, no se puede incluir en dicha estrategia de afrontamiento, debido a que, durante el discurso del sujeto 1, no identificaba a la familia extensa por parte de mamá (exceptuando al sujeto 2) como apoyo social, sino más bien como un obstáculo a la hora de corregir al menor (ver anexo 4).

La siguiente palabra más pronunciada es colegio, la cual está ligada con la estrategia búsqueda de apoyo profesional, relacionada con profesor y profesora, en las que también hacen parte las palabras psicóloga y psicología, pertenecientes a la subcategoría de apoyo profesional de psicología (ver figura 10). En la tabla 13 se evidencia que, para esta estrategia de afrontamiento, fueron encontradas 18 citas durante la entrevista con el sujeto 1. En relación a esta estrategia, a través del discurso de este sujeto, se evidencia que reconoce la ayuda del colegio en el que está el niño, actualmente, comentando que “le han ayudado mucho a potencializar

sus habilidades”. Sin embargo, se denota inconformidad cuando la cuestionan en cuanto a la crianza del niño (ver anexo 4).

En este orden de ideas, otra de las palabras tabuladas en la tabla 14 es habilidades, con un total de 6 repeticiones, pertenece a la estrategia de afrontamiento reevaluación positiva, la cual, en la tabla 13, se evidencia un número de 75 citas halladas en el discurso del sujeto 1, siendo esta estrategia causa de la solución de problemas, donde, dentro de esta, pertenece la subcategoría de solución de problemas de análisis (ver figura 10), que sumadas, queda con un número de 48 citas detectadas. Por consiguiente, la palabra más repetida demostrada en la tabla 14, que entra en dicha estrategia, es hablando, con un total de 6 repeticiones. En relación a estas dos estrategias mencionadas en este párrafo (reevaluación positiva y solución de problemas), durante el discurso de este sujeto se evidencia que reconoce las habilidades que ha adquirido el niño por medio de su diagnóstico, lo cual, lleva a este sujeto a buscar alternativas para ayudar al niño en el colegio y en las labores de la casa (ver anexo 4).

Del mismo modo, la última palabra es castigo. Con un total de 6 repeticiones, que es perteneciente a la estrategia de afrontamiento reacción agresiva, con 18 citas detectadas dentro del discurso del sujeto 1. Durante la entrevista con este sujeto, se evidencia que las situaciones que más le generan esta reacción, son las relacionadas a las órdenes que le dan al niño y este no las cumple en el tiempo en que se las han dado (ver anexo 4).

Dentro de la tabla 14, se evidencia que no hay palabras relacionadas a las estrategias de afrontamiento espera, evitación cognitiva, emocional y negación, debido a que estas no son predominantes para el sujeto 1, a la hora de afrontar las situaciones con el niño. Sin embargo, menciona que, cuando llega cansada del trabajo, trata de desconectarse, pero no lo logra, debido a las demandas del niño (ver anexo 4).

Por otra parte, en la tabla 15 se muestran los resultados del sujeto 2, en relación a los puntajes de los códigos y subcódigos, los cuales quedan organizados, de mayor a menor, de la siguiente manera: autonomía con sus subcategorías de solución de manera independiente y confrontación; continúa expresión de la dificultad de afrontamiento con las subcategorías de desesperanza y rumiación. Luego, está búsqueda de apoyo profesional con las subcategorías de apoyo profesional médico, apoyo profesional de neurología y apoyo profesional de psicología; seguidas de las categorías de reevaluación positiva y solución de problemas, con el mismo valor las dos. Continúa la categoría de espera; luego, ocupando el mismo rango, están las categorías de evitación emocional y negación; seguido de apoyo social, y finalizando con las categorías de evitación cognitiva, reacción agresiva y religión, ubicándose las tres en un mismo puesto.

Tabla 15

*Estrategias de afrontamiento del sujeto 2*

<b>Código</b>	<b>Enraizamiento</b>	<b>Subcódigo</b>	<b>Enraizamiento</b>	<b>Total</b>
<b>Autonomía</b>	5	Solución de manera independiente	16	22
		Confrontación	1	
<b>Expresión de la dificultad de afrontamiento</b>	9	Desesperanza	1	15
		Rumiación	5	

Estrategias de afrontamiento en una familia de un niño diagnosticado con TDAH

<b>Búsqueda de apoyo profesional</b>	9	Apoyo profesional – médico	3	
		Apoyo profesional – neurología	1	14
		Apoyo profesional – psicología	1	
<b>Reevaluación positiva</b>	12			12
<b>Solución de problemas</b>	12			12
<b>Espera</b>	9			9
<b>Evitación emocional</b>	3			3
<b>Negación</b>	3			3
<b>Apoyo social</b>	2			2
<b>Evitación cognitiva</b>	1			1
<b>Reacción agresiva</b>	1			1



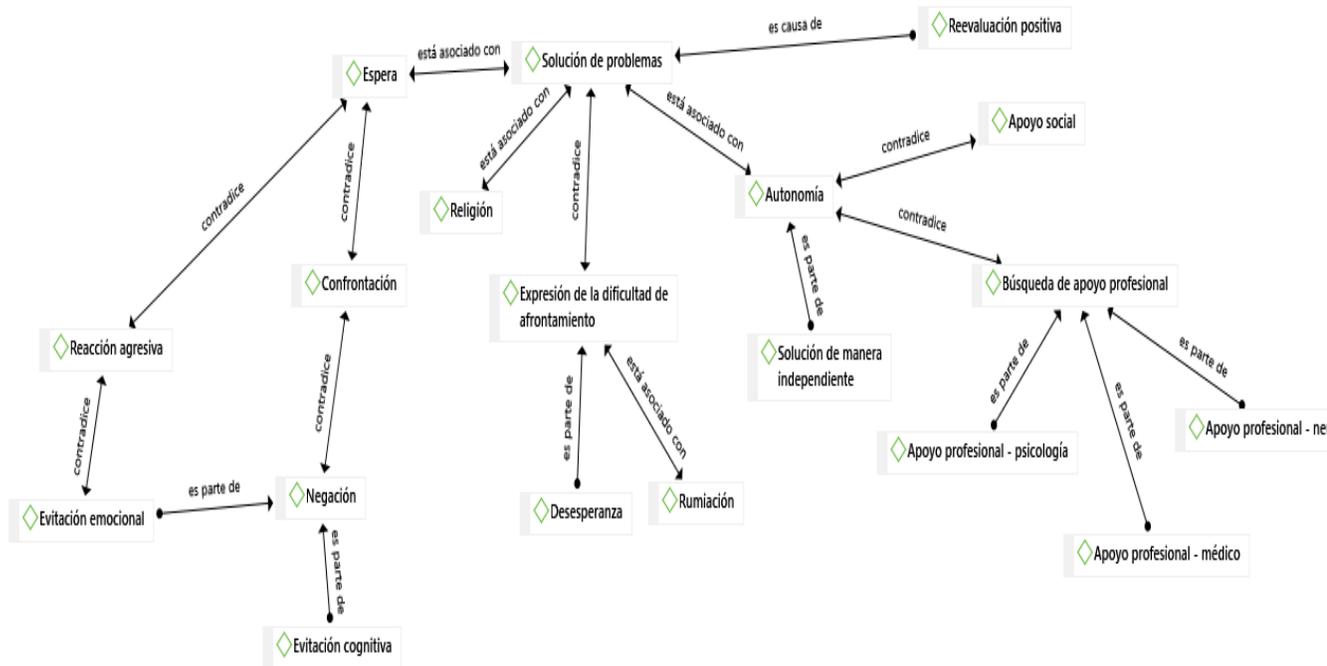
## Estrategias de afrontamiento en una familia de un niño diagnosticado con TDAH

Yo	78
Niño	15
Pendiente	11
Controlarlo	6
Difíciles	6
Apoyo	5
Colegio	5
Problemas	5
Rabia	5
Ayuda	4
Difícil	4
Inteligente	4
Médico	4
Psicólogo	4
Salud	4
Ayudarlo	3
Cálmese	3
Familia	3

Paciencia	3
Problema	3
Sacrificio	3

**Fuente:** elaboración propia.

Para finalizar, la figura 12, muestra la red semántica del sujeto 2. Esto quiere decir, que son la red donde están plasmadas las relaciones entre las diversas estrategias de afrontamiento identificadas en el discurso.



*Figura 12.* Red Semántica de las Estrategias de Afrontamiento del Sujeto 2.

Frente a los resultados presentados del sujeto 2, la estrategia de afrontamiento con mayor predominancia detectada dentro del discurso es la autonomía, a la cual pertenecen las subcategorías de solución de problemas de manera independiente y relacionada a esta, la confrontación (ver figura 12), que, al

sumarlas, dan un total de 22 citas detectadas en la entrevista del sujeto 2. Así mismo, dentro de las palabras presentadas en la tabla 15, las que se encuentran dentro de esta estrategia son: yo, pendiente, controlarlo, ayudarlo y sacrificio. En relación a las palabras él (niño) y niño son las más repetidas, debido a que el tema está centrado en el niño y su relación con el sujeto 2, que sumadas dan un total de 99 repeticiones. Durante el discurso, se denota que es la persona que está al pendiente de las citas médicas y de atender al niño en su cotidianidad (ver anexo 5).

Otras palabras con mayor índice de repeticiones son: difíciles y difícil, con un total de 10 repeticiones; y problemas y problema, suman 8 repeticiones. Estos dos grupos de palabras pertenecen a la estrategia de afrontamiento expresión de la dificultad de afrontamiento, en la que hace parte la desesperanza y está asociada rumiación (ver figura 12), teniendo un puntaje de 15 citas detectadas, llevándola a ser la segunda estrategia de afrontamiento más predominante para el sujeto 2. Esta estrategia se denota en el discurso, mediante enunciaciones negativas o de desesperanza hacia los comportamientos del niño.

Continuando con la lista de palabras presentadas en la tabla 16 las siguientes son apoyo, colegio, ayuda, médico, psicólogo y salud, las cuales entran dentro de la estrategia de afrontamiento búsqueda de apoyo profesional, en la que hacen parte apoyo profesional médico, apoyo profesional de neurología y apoyo profesional de psicología (ver figura 12). Estas suman un total de 14 citas detectadas durante el discurso. Así mismo, por medio de la entrevista, se evidencia que el sujeto 2 está más dispuesta a recibir la información de parte de profesionales en salud y acatar las recomendaciones que le brindan a la hora de afrontar situaciones con el niño (ver anexo 5).

Del mismo modo, aparece la palabra rabia, perteneciente a la estrategia de afrontamiento reacción agresiva, que tiene una cita asignada en el discurso del sujeto 2. Continúa la palabra inteligente, que se enmarca en la estrategia

reevaluación positiva, con un puntaje de 12 citas. Con el mismo número de citas, y causa de reevaluación positiva, aparece la estrategia de afrontamiento solución de problemas (ver figura 12), donde está contenida la palabra cálmese. Dentro de la estrategia solución de problemas, también se evidencia la búsqueda de apoyo profesional, como una solución a los síntomas principales del TDAH presentes en el niño. Además, solución de problemas está asociada a la estrategia de afrontamiento espera (ver figura 12), con un total de 9 citas dentro del discurso del sujeto 2, que, dentro de esta, se encuentra la última palabra, que es paciencia. Esta se evidencia en el discurso, cuando este sujeto mencionaba no intervenir cuando el niño presentaba síntomas de impulsividad (ver anexo 5).

Se puede observar que en la tabla 16, no hay palabras relacionadas a las estrategias de afrontamiento de apoyo social, evitación emocional, evitación cognitiva, negación y religión, debido a que son estrategias de afrontamiento que el sujeto 2, no recurre frecuentemente, a activarlas para afrontar alguna situación con el niño, lo cual se evidencia en la tabla 17.

Por otra parte, en la figura 13 y en la tabla 17 están comparadas las estrategias de afrontamiento del sujeto 1 y del sujeto 2, presentadas anteriormente en las tablas 13 y 15, en donde se observa que la estrategia de afrontamiento más predominante para el sujeto 1 es expresión de la dificultad de afrontamiento con 120 citas, y para el sujeto 2 es autonomía, con 22 citas, siendo esta última estrategia, la segunda predominante para el sujeto 1 con un puntaje de 85 citas detectadas y, para el sujeto 2, la segunda estrategia de afrontamiento es expresión de la dificultad de afrontamiento con 15 citas. En este orden de ideas, la siguiente para el sujeto 1, es reevaluación positiva con un total de 75; pero para el sujeto 2 se encuentra búsqueda de apoyo profesional con un total de 14 citas. Continúa el puesto número cuatro la estrategia de solución de problemas, con un total de 53 citas para el sujeto 1. Diferente para el caso del sujeto 2 en donde, esta estrategia de afrontamiento aparece con un total de 12 citas, ubicándose en el mismo rango de la estrategia reevaluación positiva.

Continuando con la presentación de la comparación de las estrategias de afrontamiento, aparece para el sujeto 1, apoyo social, con un total de 22 citas y para el sujeto 2, está espera, identificada con un total de 9 citas detectadas en el discurso. Así mismo, para el puesto seis del sujeto 1, está búsqueda de apoyo profesional y reacción agresiva con un puntaje cada una de 18, que para el sujeto 2, este puesto también lo ocupan dos estrategias de afrontamiento evitación emocional y negación, con un total de 3 citas cada una.

La siguiente, para el sujeto 1 es espera, con un número total de 17. Por otro lado, para el sujeto 2, aparece apoyo social con 2 citas detectadas. Para el sujeto 1, continúa evitación cognitiva, negación y religión, con un total cada una de 3 citas y para el sujeto 2, finaliza con evitación cognitiva, reacción agresiva y religión, cada una con un total de 1 cita encontrada. Por último, para el sujeto 1 el puesto nueve lo ocupa la estrategia de afrontamiento evitación emocional, con un total de 1 cita hallada en el discurso.

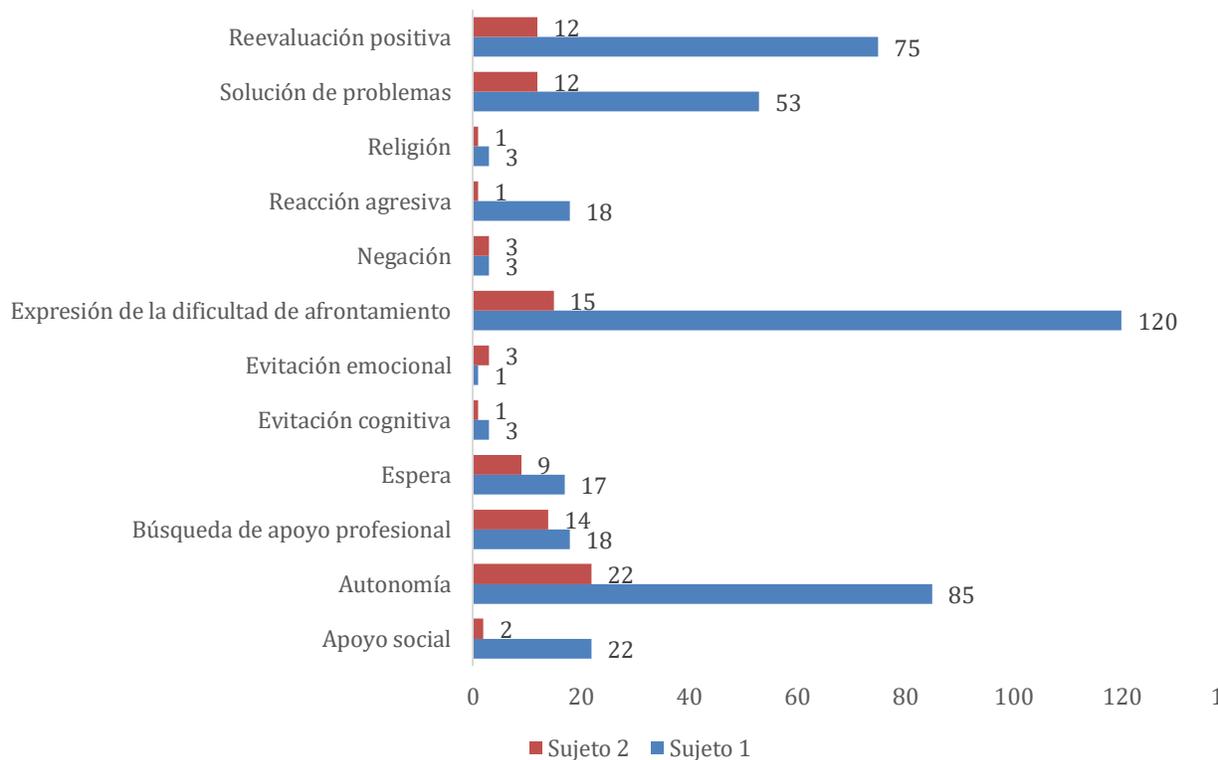


Figura 13. Comparación de las Estrategias de Afrontamiento del Sujeto 1 y del Sujeto 2.

En relación a la red semántica de cada sujeto se observa que la red del sujeto 2, es más pequeña frente a la red del sujeto 1. Esto se debe a que, el sujeto 2, durante la entrevista realizada detalló los hechos de manera precisa y concisa. Todo lo contrario, a la red del sujeto 1 en donde se evidencian categorías emergentes que surgieron a partir de la categorización de la entrevista, como lo son: apoyo familiar, solución de manera independiente, curiosidad, confrontación, apoyo profesional médico, apoyo profesional de psicología, desesperanza, rumiación, solución de problemas de análisis y solución de problemas de intervención.

Estas categorías emergentes surgen debido a que, durante las entrevistas con el sujeto 1 y el sujeto 2 se puede identificar que, a través de los conocimientos adquiridos cada una por su cuenta, por medio de documentaciones o asesorías a profesionales han aplicado estrategias de afrontamiento dinámicas para diversas

situaciones que vivencian con el niño, esto siendo más recurrente en el sujeto 1 que en el sujeto 2 (ver anexos 4 y 5) como son:

Hacer carteleras para explicarle al niño los tiempos que se debe tomar para realizar determinada actividad. Apoyar al niño en actividades que le gusten para generar y potencializar sus habilidades. Reconocimiento del sí mismo del niño, debido a que, en algunas situaciones se siente frustrado al compararse con sus pares. A través del ejemplo, decidieron enseñarle el respeto a los demás, debido a que minimizaron los niveles de reacciones agresivas que presentaban hacia la sintomatología del niño.

Tabla 17

*Comparación de las estrategias de afrontamiento del sujeto 1 y el sujeto 2*

	Apo yo socia l	Autono mia	Búsque da de apoyo social	Espe ra	Evitaci ón Cogniti va	Evitació n Emocio nal	Expresión Dificultad Afrontamie nto	Negaci ón	Reacci ón agresiv a	Religi ón	Solució n de problem as	Reevaluac ión positiva
S 1	22	85	18	17	3	1	120	3	18	3	53	75
S 2	2	22	14	9	1	3	15	3	1	1	12	12

**Fuente:** elaboración propia.

## 8. Discusión

Con base en los resultados demostrados y a la literatura revisada, se puede evidenciar que las familias de los niños con TDAH vivencian situaciones estresantes, en cuanto al comportamiento de estos niños tanto en la casa como en el colegio o a nivel de interacción social, por lo que presentan deficiencias en el autocontrol de las emociones. Es por esto que, han investigado e implementado, en estas familias, entrenamientos y diversas terapias para ayudar a los padres, brindándoles herramientas para enfrentar las diversas situaciones que puedan presentarse debido a que muchas de estas familias, no saben qué hacer cuando se presentan síntomas relacionados al trastorno de sus hijos (Korzeniowsk & Ison, 2008; Bedoya & Alviar, 2013; Enríquez y colaboradores, 2018; Garreta y colaboradores, 2018; Scandar & Bunge, 2017). Por esto es importante que las familias reconozcan y aprendan sobre las estrategias de afrontamiento, ya que estas ayudan a sobrellevar las adversidades frente a las necesidades de sus hijos.

A pesar que los niños diagnosticados con este trastorno son los mayores afectados, los familiares que conviven con ellos, como ya se venía exponiendo, también se afectan por las situaciones que vivencian estos niños en la escuela o a nivel social. Cuanto más negativos sean los efectos sobre la vida social y los problemas de conducta de los niños, más altos son los niveles de estrés parental (Muñoz y colaboradores, 2017; Vásquez y colaboradores, 2011; Bedoya y Alviar, 2013; Enríquez y colaboradores, 2018).

Este estrés parental es entendido como una carga, bien sea de agentes externos o internos, manifestándose a nivel cognitivo o fisiológico, los cuales ayudan a reconocer si es o no una amenaza para el organismo, lográndose activar las estrategias de afrontamiento (Lazarus, 1993), en donde estas son vistas como "... esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes" (Lazarus y Folkman como se cita en Galán & Perona, 2001, p.563), en el tiempo y estables en diversas situaciones. Por ende, se consideró pertinente caracterizar por medio de

entrevistas semiestructuradas, las estrategias de afrontamiento para que, los familiares del niño con TDAH reconozcan las estrategias que están implementando, ante las situaciones que vivencian.

En el sujeto 1 se identificaron doce estrategias de afrontamiento, presentadas de mayor a menor, así: expresión de la dificultad de afrontamiento, autonomía, reevaluación positiva, solución de problemas, apoyo social, búsqueda de apoyo profesional, reacción agresiva, espera, evitación cognitiva, negación, religión y evitación emocional. Más ocho subcategorías que surgieron a través del análisis de los datos, así: desesperanza, rumiación, solución de manera independiente, curiosidad, confrontación, solución de problemas de análisis, solución de problemas de intervención, apoyo familiar, apoyo profesional médico y apoyo profesional de psicología.

Por el contrario, con el sujeto 2 se identificaron las mismas doce estrategias de afrontamiento, pero en diferente orden de mayor a menor, así: autonomía, expresión de la dificultad de afrontamiento, búsqueda de apoyo profesional, reevaluación positiva, solución de problemas, espera, evitación emocional, negación, apoyo social, evitación cognitiva, reacción agresiva y religión. Más siete subcategorías que surgieron a través del análisis, así: solución de manera independiente, confrontación, desesperanza, rumiación, apoyo profesional médico, apoyo profesional de neurología y apoyo profesional de psicología.

Como se puede evidenciar, cada persona que conforma la familia estudiada tiene estrategias de afrontamiento diferentes, a la hora de enfrentar situaciones con el niño que tiene el diagnóstico de TDAH. Hallándose que el sujeto 1, como estrategia de afrontamiento principal, presenta la de expresión de la dificultad de afrontamiento con 120 citas detectadas en el discurso y el sujeto 2, como principal, presenta la estrategia de afrontamiento autonomía con 22 citas detectadas en el discurso. Esta estrategia de afrontamiento principal en el sujeto 1, contrasta con lo hallado por Achachao y colaboradores (2018), debido a que la población de este

estudio refiere reconocer que el proceso del tratamiento del TDAH es extenso, pero, aun así, saben que su hijo mejorará. Cuestión que, el sujeto 1 a través de la entrevista, considera que el niño a nivel académico, no tendrá mejoras. Por el contrario, el sujeto 2 considera que, siempre y cuando, el niño tenga ayuda va a mejorar en aspectos que están relacionados a su comportamiento.

Las estrategias identificadas en el sujeto 1 y el sujeto 2, contrastan con lo hallado por Albarracín y colaboradores (2014) en cuanto a que, los participantes de su estudio, puntuaron bajo en las estrategias de afrontamiento autonomía, negación, expresión de la dificultad de afrontamiento, reacción agresiva y evitación cognitiva. Estrategias que, en comparación a esta investigación, algunas se observan con alto puntaje (expresión de la dificultad de afrontamiento, autonomía y reacción agresiva). Es por esto que, es importante observar y detallar en las particularidades de cada familia y de cada sujeto que la conforma, ya que cada persona es diferente y, como lo expresa Pérez (2013) en una de las secciones del afrontamiento, la interindividual, haciendo mención a que dos personas posiblemente, no utilicen la misma estrategia de afrontamiento ante una situación similar o igual.

Respecto a lo anterior, Martín y colaboradores (2000) postularon que apoyo social, era predominante en las mujeres debido a que esta va encaminada a buscar información, consejos sobre la resolución del problema y expresión a nivel emocional. Sin embargo, es necesario mencionar que, los dos sujetos estudiados en esta investigación son de sexo femenino, y, frente a la estrategia de afrontamiento apoyo social, se observa que no consideran esta estrategia relevante a la hora de enfrentar una situación con el niño. Esto se evidencia con el número de citas detectadas en la figura 12, a través del discurso de cada una.

Además, en la tabla 14 está contenida la palabra familia, la cual, debería pertenecer a la estrategia de afrontamiento mencionada, pero, a través de la entrevista, tanto con el sujeto 1 como con el sujeto 2, no identificaban a la familia

extensa como apoyo social sino más bien como un obstáculo a la hora de corregir al menor. Todo lo contrario, a lo hallado por Achachao y colaboradores (2018) que dentro de la estrategia de afrontamiento de apoyo social, más de la mitad de los padres reportaron buscar ayuda profesional y de instituciones especializadas para afrontar las situaciones con sus hijos.

No obstante, en la estrategia de afrontamiento búsqueda de apoyo profesional se encuentra una mayor significación para esta familia, debido a que manifiestan, tanto el sujeto 1 como el sujeto 2, recibir apoyo en el colegio del niño y por medio del centro médico en relación al diagnóstico, para conocer el trastorno y afrontar las diversas situaciones que puedan presentar. Por esto es tan importante el apoyo que puedan recibir estas familias y que estas hagan intentos para cambiar lo que se atiende o, en defecto, la evaluación, para que logren desarrollar y potencializar las habilidades en sus hijos, identificando debilidades para la transformación en las relaciones entre padres e hijos, mejorando la convivencia. Es necesario aclarar que, dentro del discurso se evidencia más conformidad al recibir apoyo profesional, de parte del sujeto 2 que del sujeto 1.

Otra de las cuestiones a analizar es la estrategia de afrontamiento que predomina en cada sujeto en relación al rol de cada una. Para el sujeto 1, que es la madre del niño, predomina la estrategia expresión de la dificultad de afrontamiento, que, según Londoño y colaboradores (2006) se relaciona con las expresiones de dificultad a la hora de resolver un problema. Esto puede acontecer, debido a que el sujeto 1 es quien menor contacto tiene con el niño a pesar de ser la madre, por su trabajo y estudios, llevando a que no tenga necesidad de activar sus estrategias de afrontamiento para con el niño. De manera que, esta estrategia puede llegar a pasar desapercibida, llegando a ocurrir lo encontrado por Vásquez y colaboradores (2011), en donde, los sujetos de su estudio no identificaban estar aplicando alguna estrategia para afrontar la situación con sus hijos, lo cual incidía en la convivencia.

En contraste a esta situación, está el sujeto 2 (abuela materna del menor), en la que la estrategia de afrontamiento predominante es autonomía, referida a que la información para la solución, se busca de manera independiente sin ayuda ni de familiares o de amigos (Londoño y colaboradores, 2006). Es la persona que más tiempo comparte con el niño, debido a que trabaja desde casa y ayuda en el cuidado de él mientras la madre trabaja. Esto la ha llevado a que afronte más situaciones, día a día, estresantes en relación con el niño. Frente a esto, Folkman y Moskowitz (2000) afirman que, las situaciones estresantes ayudan a fortalecer a la persona, frente a desencadenantes fisiológicos que puedan surgir.

Es importante destacar que, dentro de esta misma autonomía por buscar la solución ante el comportamiento del niño, los sujetos estudiados en esta investigación, llegaron a la conclusión de suspender la medicación recetada por el profesional en salud. Esta es una manera de afrontar la situación, postulada por Lazarus (1993) en la cual se hace una evaluación y luego se toma la decisión de actuar ante el problema. Estos medicamentos están basados en ácidos grasos, los cuales tienen un efecto levemente positivo (Scandar & Bunge, 2017) al tener efectos tan bajos, este tratamiento no va a generar los cambios esperados por los padres de estos niños, generando un malestar tanto en padres como en niños.

Esta misma postura la expresa Pérez (como se cita en Olías, 2014), manifestando que la medicación que ingieren los niños para este trastorno, no es la adecuada, ya que reciben son anfetaminas, las cuales inhiben la recaptación de dopamina generando, en el niño, una obstrucción en el desarrollo de sus actividades. Dicho medicamento, no solo afecta a corto plazo, sino que tiene sus repercusiones a largo plazo, generando problemas cardiovasculares. Además, han encontrado que esta medicación puede contribuir a la aparición del trastorno bipolar afectivo. Sin embargo, Scandar y Bunge (2017) expresan que es importante que los niños y los adolescentes asistan al tratamiento farmacológico del TDAH y, al mismo tiempo, asistan al programa de entrenamiento de los padres, ya que esto permite una mayor adhesión al tratamiento y a reducir la dosis de los medicamentos.

En relación a lo anteriormente expresado, esta familia posiblemente decide suspender la medicación, debido a que no observaron cambios mayores en el comportamiento del niño. Además, como la tendencia en sus estrategias de afrontamiento es autonomía, pudieron haberse informado sobre los efectos adversos que puede causar dicha medicación y decidir suspenderla. En cuanto al tratamiento que esta familia pueda estar llevando a cabo con el niño, como terapias ocupacionales, por ejemplo, no lo están haciendo, asignándolo a las demoras en las citas y a la poca comunicación entre los diversos especialistas que han tratado al niño. Esto contrasta con lo hallado por Achachao y colaboradores (2018) debido a que el 76% de los padres de su estudio, refieren estar involucrados en el tratamiento que deben llevar con los niños.

En relación a lo anterior, Bedoya y Alviar (2013) a través de su investigación, encontraron que la principal dificultad que manifiestan las familias, es en relación al funcionamiento y al ejercicio efectivo de la autoridad. Esta conclusión se evidencia en los resultados del sujeto 2, con la estrategia de afrontamiento de espera, referida a la creencia que la situación se resolverá sola, positivamente, con el paso del tiempo (Londoño y colaboradores, 2006) debido a que, durante la entrevista manifestaba que, cuando el niño presentaba síntomas de impulsividad, optaba por no intervenir y esperar a que él se calmara.

Esta dificultad que surge en las familias de niños con diagnóstico de TDAH genera estrés parental, lo cual esto puede influir en la crianza, llevando a que los padres desarrollen conductas de agresividad ante el niño como método de corrección ante la situación (Scandar & Bunge, 2017). Esto se evidencia con el sujeto 1 quien, frente a la misma situación presentada en el párrafo anterior, activa la estrategia de afrontamiento reacción agresiva, referida a todas las expresiones impulsivas de la ira, bien sea hacia sí mismo o hacia otra persona u objeto, permitiendo disminuir la emoción (Londoño y colaboradores, 2006).

Este tipo de reacciones, contrasta con lo expresado por Campos y colaboradores (2004) en relación las estrategias de afrontamiento, las cuales deben tender a ayudar a reforzar la autoestima, aumentar recompensas y disminuir castigos, resolución de problemas y lograr un buen ajuste social para que, en el niño, disminuyan los niveles de incomodidad que genera la sintomatología de este trastorno, en relación a sus pares y figuras de autoridad fuera del núcleo familiar. Tal cual como lo afirma Vélez y Vidarte (2011), en cuanto a que la hiperactividad en estos niños, puede llegar a generar depresión o pensamientos negativos hacia ellos mismos, debido a que, esta hiperactividad, tiende a ser molesta para las personas que rodean al niño lo que los lleva a recurrir a castigos, físicos o conductuales, para corregir su conducta.

Por otra parte, en cuanto a lo que compone las estrategias de afrontamiento, según Lazarus (1993) sobre las acciones a nivel comportamental, en donde, antes de pasar al proceso de evaluación tiene que haber curiosidad (Berlyne como se cita en Arnone, Grabowski & Rynd, 1994), para tomar la decisión de actuar, y lo expresado por Campos y colaboradores (2004) sobre que las estrategias tienden a aumentar recompensas y a la resolución de problemas, se evidencia en el sujeto 1 la estrategia de afrontamiento solución de problemas, debido a que, durante el discurso manifestaba utilizar técnicas para que el niño recordara lo que debía hacer y los tiempos que debía manejar. Sin embargo, no era constante en el tiempo, refiriéndolo a que el sujeto 2 no seguía estas técnicas, evidenciándose desesperanza y pensamientos negativos ante el cambio que pueda tener el niño en su conducta. De igual manera Grau (2007) encuentra que el 4.9% de las madres participantes de su estudio, tienen la percepción que sus hijos no lograrán un ajuste social adecuado.

Del mismo modo, la investigación de Achachao y colaboradores (2018) encuentra que una de las preocupaciones más frecuentes en los participantes de su estudio, fue que sus hijos no fueran aceptados o respetados por los demás debido al diagnóstico de TDAH. Esta es una coincidencia que se identifica en este

estudio con el sujeto 1 debido a que, durante el discurso explica que ha integrado diferentes maneras para enseñarle al niño a respetar a los demás para que sus pares y los demás adultos lo respeten, siendo esto perteneciente a la estrategia de afrontamiento solución de problemas.

En asociación a esta estrategia, está la estrategia de afrontamiento religión, en donde se utiliza el rezo y la oración “para tolerar el problema o para generar soluciones ante el mismo” (Londoño y colaboradores, 2006, p.339). Esta es una estrategia que puede contrarrestar la desesperanza que manifiestan los sujetos de estudio de esta investigación, dejando en manos del destino o de Dios, que la conducta del niño cambie o disminuya. A resultados similares llegó la investigación de Albarracín y colaboradores (2014), quienes, sus sujetos de estudio, alcanzaron una puntuación significativamente mayor en las estrategias de religión, solución de problemas, búsqueda de apoyo social, reevaluación positiva y espera.

Causa de la solución de problemas, está la estrategia de afrontamiento reevaluación positiva. Es causa debido a que, esta reevaluación tiene que ver con los aprendizajes que pueda tener la situación problema, por medio de la identificación de los aspectos positivos (Londoño y colaboradores, 2006). Que las familias puedan tener este nivel de aprendizaje es muy importante, por lo que ayuda a comprender más al niño con TDAH, a incrementar la confianza en la crianza que están desempeñando con sus hijos, lo cual ayuda a minimizar el nivel de estrés (Scandar & Bunge, 2017). Lo anterior se evidencia en el sujeto 1 en mayor medida, esto en función que, durante su discurso se denotó comprensión frente a las dificultades que presenta el niño, en cuanto a tareas en el hogar o académicas.

Por otro lado, en el sujeto 2 se evidenció a través del discurso, una mirada positiva frente al diagnóstico del niño, reconociendo actitudes y habilidades que ha desarrollado el niño debido a que, en sus pasatiempos, se dedica a leer y estudiar sobre lo que le gusta. A consideraciones similares llegó el estudio de Achachao y colaboradores (2018), los cuales esta estrategia de afrontamiento la clasificaron

como dimensión humor, en donde más de la mitad de todos los participantes de su estudio reconocieron que celebran los triunfos alcanzados por sus hijos.

Sin embargo, en el sujeto 2 se presenta la estrategia de afrontamiento negación, que también se puede ligar las de evitación emocional y cognitiva en la que, la persona, presenta falta de aceptación y evitación de la situación problema, donde la persona opta por un comportamiento de alejamiento temporal frente al problema (Londoño y colaboradores, 2006). Esto lo relacionaba el sujeto 2, no solo con el rol que tiene ella frente al niño, sino también por la edad refiriendo a que ya no tenía mucha energía para estar pendiente de lo que hace el niño. Es por esto que, cuando está en casa el sujeto 1, decide alejarse ante el cuidado del niño.

En relación al sujeto 1, son unas estrategias de afrontamiento que ha aplicado en momentos específicos, pero no es su determinante debido a que este sujeto la mayoría de veces, confronta las situaciones que pueda estar vivenciando con el niño, bien sea con una reacción agresiva o buscando una solución al problema.

Achachao y colaboradores (2018) refieren que, en cuanto a su estudio los padres de niños con TDAH no optarían por evitar la situación. Esto es importante, debido que al evitar o alejarse de las situaciones no soluciona el problema que se esté presentando. Además, como lo menciona Folkman y Moskowitz (2000) estas situaciones que generan estrés son positivas en la medida que la persona va obteniendo experiencia a nivel fisiológico y su cuerpo ya sabe cómo reaccionar cuando esté enfrente de una situación similar. Es a esto a lo que se refería Lazarus y Folkman (como se cita en Sandín & Chorot, 2003) cuando manifestaban que las estrategias de afrontamiento son estables ante diversos eventos.

Para finalizar, se debe tener en cuenta que la familia es el primer entorno donde el niño se desenvuelve y se desarrolla en el que aprende tanto los vínculos afectivos con los demás, como con él mismo. Así mismo, en este mismo entorno, aprende las estrategias de afrontamiento que en diversas situaciones debe emplear,

para afrontarlas. Es por esto que es tan importante que, las personas que componen esta familia aprendan sobre la importancia de las estrategias de afrontamiento, y sean conscientes de las que están activando en diversas situaciones de su día a día, para que este conocimiento, se lo transmitan al niño de una manera consciente, en donde el niño pueda utilizar diversas vivencias, como ejemplo para las adversidades que vengan en un futuro.

## 9. Conclusiones

Los resultados de esta investigación muestran que las principales estrategias de afrontamiento de la familia estudiada son expresión de la dificultad de afrontamiento y autonomía, debido a que las dos estrategias quedaron en los primeros dos lugares, tanto para el sujeto 1 como para el sujeto 2 entendidas como: expresión de la dificultad de afrontamiento, relacionada con las expresiones de dificultad o de desesperanza entorno a la solución de un problema y autonomía, que se refiere a la búsqueda de la solución del problema, por su propia cuenta. En este caso, cuando se habla de problema, se hace alusión al TDAH diagnosticado en el niño en cuestión.

En relación a las conclusiones del objetivo dos, durante todo el trabajo investigativo se ha descrito, de manera detallada, lo que corresponde cada punto de las estrategias de afrontamiento y la importancia de estas en las familias de niños con TDAH, esto con el fin que no se presente el síndrome del cuidador quemado generando incomodidades, lo cual puede llevar a la aparición del estrés, produciendo malestar a nivel mental y físico.

Al comparar las estrategias de afrontamiento entre el sujeto 1 y el sujeto 2, se evidencia que el sujeto 1, está enfocado a que, por medio de la evaluación de la situación, toma la decisión de actuar para solucionar el problema. Por el contrario, el sujeto 2, está enfocado a solo evaluar la situación, pero genera pocas soluciones para que se obtenga un cambio.

Así mismo, y teniendo en cuenta lo planteado por Cano, Rodríguez y García (como se cita en Sáenz, 2017), los dos sujetos presentan estrategias de afrontamiento de carácter positivo dado que es una familia que tiende a buscar la solución a las adversidades que se presentan con el niño, lo que lleva a que confronten las situaciones y no las eviten. A pesar que no cuentan con el apoyo de los demás familiares, internamente esta familia se apoya mutuamente para sobrellevar la carga emocional, en relación a la crianza del niño quienes, día a día,

le reconocen los aspectos positivos, tanto en habilidades como en destrezas y apoyan en circunstancias que al niño le puedan dificultar realizar.

Está claro que hay falencias en algunas situaciones, en cuanto a la manera del cómo las están afrontando, pero es necesario considerar que, las fuentes tanto personales, familiares y sociales del estrés influyen mucho en los estados de ánimo que puedan presentar estos dos sujetos estudiados, al momento en que surja un comportamiento impulsivo o de desatención en el niño, por lo que es necesario que, tanto el sujeto 1 como el sujeto 2 reconozcan las otras estrategias de afrontamiento que se detectaron, para que puedan solventar la carga y mejorar las condiciones en que están llevando las situaciones con el niño, por ejemplo, continuando con el tratamiento de terapia ocupacional.

Si bien está claro que las estrategias de afrontamiento no siempre son la solución a los problemas, sí tienden a aumentar el reconocimiento de los logros alcanzados, lo cual ayuda a disminuir castigos (Campos y colaboradores, 2004; Sarafino y Smith, 2010), es por esto que la estrategia de afrontamiento expresión de la dificultad de afrontamiento predominante en el sujeto 1, contradice a la solución de problemas. Sin embargo, las estrategias identificadas en el sujeto 1 que continúan son, autonomía, reevaluación positiva y solución de problemas, sirven como soporte a la estrategia de afrontamiento predominante. Esto igualmente para el sujeto 2, donde las estrategias de afrontamiento identificadas después de autonomía son: búsqueda de apoyo profesional, reevaluación positiva y solución de problemas.

Además, es importante resaltar que, expresión de la dificultad de afrontamiento y autonomía, son las estrategias de afrontamiento predominantes en los dos sujetos, debido a que no tienen un soporte en cuanto a la orientación de un profesional o un grupo de apoyo, porque a pesar que la estrategia de afrontamiento apoyo social aparezca de cuarta posición para el sujeto 1, la ligaba a no presentar apoyo de otras personas. Este apoyo podría brindarles herramientas o, a través de experiencias vividas por padres de niños diagnosticados con el mismo trastorno,

puedan sentirse identificadas e implementar esas soluciones a situaciones similares que puedan acontecer en relación a los síntomas principales del TDAH.

De acuerdo a lo anterior, es importante que a futuro se siga investigando las estrategias de afrontamiento en familias de niños con TDAH de manera particular y desde el discurso debido a que, como se observa, estas familias sienten que no les están brindando la información suficiente para afrontar las adversidades que se presentan, en relación a los síntomas principales del TDAH, cuestión que al reconocer las estrategias de afrontamiento las familias pueden entrenarse en estas para adquirir habilidades, lograr ser más comprensivos y disminuir la desesperanza, frente al diagnóstico de sus hijos.

Se recomienda, además, para futuras investigaciones, que se tenga en cuenta crear grupos focales entre estas familias para que, entre ellas, compartan sus experiencias y así, puedan adaptar estrategias de afrontamiento identificadas en las demás familias.

## Referencias

- "Unidad 1". (2010). *Paradigmas, enfoques y tipos de investigación*. Obtenido de  
issuu: [https://issuu.com/ahgr98/docs/unidad\\_1\\_iintf](https://issuu.com/ahgr98/docs/unidad_1_iintf)
- Achachao, D., Pinco, C., & Quispe, S. (2018). *Estrategias de afrontamiento en padres de niños con diagnóstico de Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención en un instituto para el desarrollo infantil*. Obtenido de Universidad Peruana Cayetano Heredia:  
[http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/3746/Estrategias\\_AchachaoLLacsamanta\\_Diana.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/3746/Estrategias_AchachaoLLacsamanta_Diana.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Agudelo, G., Aignerren, M., & Ruiz, J. (s.f.). *Diseños de investigación experimental y no experimental*. Obtenido de <http://normasprod.wpengine.com/como-citar-referenciar-formato-apa-sin-tener-toda-la-informacion-disponible/>
- Albarracín, A., Rey, L., & Jaimes, M. (2014). Estrategias de afrontamiento y características sociodemográficas en padres de hijos con trastornos espectro autista. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*(42), 111-126. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1942/194230899008.pdf>
- Alcaldía de Santiago de Cali. (s.f.). *Plan de Desarrollo 2008-2011*. Obtenido de [www.cali.gov.co](http://www.cali.gov.co) › corfecali › descargar
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*. Estados Unidos: Editorial médica panamericana.
- Arnone, M., Grabowski, B., & Rynd, C. (1994). Curiosity as a Personality Variable Influencing Learning in a Learner Controlled Lesson With and Without Advisement. *ETR&D*, 5-20. Obtenido de <https://link.springer.com/article/10.1007/BF02298167>
- Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. (2006). En E. Mash, & R. Barkley (Edits.), *Treatmen of Childhood Disorders*. New York, Estados Unidos: THE

GUILFORD PRESS. Obtenido de

[https://books.google.com.co/books?id=KCZqs\\_NlfmQC&pg=PA65&dq=previously+employed+terms+have+been+%22brain+injured+child+syndrome%22,+%22hyperkinesis%22+%22hyperactive+child+syndrome%22+%22minimal+brain+dysfunction%22+and+%22attention+deficit+disorder+\(wit](https://books.google.com.co/books?id=KCZqs_NlfmQC&pg=PA65&dq=previously+employed+terms+have+been+%22brain+injured+child+syndrome%22,+%22hyperkinesis%22+%22hyperactive+child+syndrome%22+%22minimal+brain+dysfunction%22+and+%22attention+deficit+disorder+(wit)

Barkley, R. (1997). Behavioral Inhibition, Sustained Attention, and Executive Functions: Constructing a Unifying Theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65-94. Obtenido de <https://pdfs.semanticscholar.org/79fc/a744b773204851ac94f0aaaaa03b7d799d80.pdf>

Barkley, R. (s.f.). *Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder*. Obtenido de <http://www.cognitivetherapynyc.com/pdf/mash3.pdf>

Barragán, E., de la Peña, F., Ortiz, S., Ruiz, M., Hernández, J., Palacios, L., & Suárez, A. (2007). *Primer consenso latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Recuperado el 24 de 02 de 2019, de medigraphic: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2007/hi075i.pdf>

Battle, S. (s.f.). *Clasificación en paidopsiquiatría. Conceptos y enfoques: Enfoque cognitivo-conductual*. Obtenido de paidopsiquiatría: [http://paidopsiquiatria.cat/files/enfoque\\_cognitivo\\_coductual.pdf](http://paidopsiquiatria.cat/files/enfoque_cognitivo_coductual.pdf)

Bedoya, L., & Alviar, M. (2013). Familias entrampadas en la hiperactividad. *Revista de la Facultad de Trabajo Social*, 29(29), 237-259. Obtenido de <https://revistas.upb.edu.co/index.php/trabajosocial/article/view/2336>

Campos, M., Iraurgi, J., Páez, D., & Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes. *Boletín de Psicología*(82), 25-44. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1302317>

- Cano, F., Rodríguez, L., & García, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(1), 29-39. Obtenido de <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/56854>
- Castellanos, F., & Acosta, M. (2004). Neuroanatomía del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 131-136. Obtenido de <https://www.neurologia.com/articulo/2004086>
- Cerquera, A., Matajira, Y., García, E., & Vásquez, E. (2017). Estrategias de afrontamiento en pacientes diagnosticados con cáncer de mama y el papel del psicólogo. *Revista de Psicología GEPU*, 8(2). Obtenido de <https://drive.google.com/file/d/1QI5Jtl1jGp1DhXPuWBF6uiKUVS6J21L/view>
- Cornejo, J. W., Osío, O., Sánchez, Y., Carrizosa, J., Sánchez, G., Grisales, H., . . . Holguín, J. (2005). Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *REVISTA DE NEUROLOGÍA*, 40(12), 716-722. Obtenido de [http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/ea439d0d-2825-42c0-bdc5-9a84e933b080/2005\\_Prevalencia+del+transtorno+por+déficit+de+atención-hiperactividad.pdf?MOD=AJPERES](http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/ea439d0d-2825-42c0-bdc5-9a84e933b080/2005_Prevalencia+del+transtorno+por+déficit+de+atención-hiperactividad.pdf?MOD=AJPERES)
- Crichton, A. (1798). *An inquiry into the nature and origin of mental derangement: comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind, and a history of the passions and their effects*. Obtenido de <https://archive.org/details/b21914886/page/n5>
- Enríquez, C., Alba, L., Corzo, L., Caballero, D., & Rojas, D. (2018). Adaptación, afrontamiento y calidad de vida en cuidadores de infanto-juveniles con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Acta Médica del Centro*, 12(1). Obtenido de <https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/viewFile/860/1116>

- Escribà-Agüir, V., & Bernabé-Muñoz, Y. (2002). Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialista de la comunidad de Valenciana. Un estudio con entrevistas semiestructuradas. *Rev Esp Salud Pública*, 76(5), 595-604. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/resp/2002.v76n5/595-604/es>
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica: Conceptos, métodos y estudios de casos*. Madrid, España: Pirámide.
- Flores, P., Pérez, S., Salazar, C., Manzo, E., López, C., Barajas, L., & Medina, E. (2017). Fuentes, síntomas y estrategias de afrontamiento al estrés competitivo en nadadores. *Revista de psicología de deporte*, 26(2), 199-208. Obtenido de [https://www.rpd-online.com/article/view/v26-n4-flores-moreno-perez-et al/Flores\\_Moreno\\_Perezetal](https://www.rpd-online.com/article/view/v26-n4-flores-moreno-perez-et al/Flores_Moreno_Perezetal)
- Folkman, S., & Moskowitz, J. (2000). Positive Affect and the Other Side of Coping . *American Psychologist* , 55(6), 647-654. doi:10.1037//0003-066X.55.6.647
- Galán, A., & Perona, S. (2001). Algunas aportaciones críticas en torno a la búsqueda de un marco teórico del afrontamiento en la psicosis. *Psicothema*, 13(4), 563-570. Obtenido de <http://www.psicothema.com/pdf/480.pdf>
- Gallardo, E. (2014). *Utilización del programa de análisis cualitativo ATLAS.ti para gestionar y analizar datos*. Obtenido de ATLAS.ti: <https://atlasti.com/2014/06/12/utilizacion-del-programa-de-analisis-cualitativo-atlas-ti-para-gestionar-y-analizar-datos/>
- Gantiva, C., Viveros, A., Dávila, A., & Salgado, M. (2010). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psicología. Avances de la disciplina*, 4(1), 63-72. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297224086006>

- García, F., Manquían, E., & Rivas, G. (2016). Bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadores informales. *Psicoperspectivas*, 15(3), 101-111. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/310628759\\_Bienestar\\_psicologico\\_estrategias\\_de\\_afrontamiento\\_y\\_apoyo\\_social\\_en\\_cuidadores\\_informales](https://www.researchgate.net/publication/310628759_Bienestar_psicologico_estrategias_de_afrontamiento_y_apoyo_social_en_cuidadores_informales)
- Garreta, E., Jimeno, T., & Servera, M. (2018). Análisis de la efectividad de un programa de entrenamiento de padres de niños con TDAH en un ambiente hospitalario. *Actas Esp Psiquiatr*, 46(1), 21-28. Obtenido de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/20/111/ESP/20-111-ESP-21-8-764672.pdf>
- González, R., Bakker, L., & Rubiales, J. (2014). Estilos parentales en niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12(1), 141-158. Obtenido de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/alianza-cinde-umz/20140721071245/art.rociogonzalez.pdf>
- Grau, M. (2007). Análisis del contexto familiar en niños con TDAH. *Servei de Publicacions*. Obtenido de UNIVERSITAT DE VALENCIA: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10230/grau.pdf>
- Guerrero, D., Mardomingo, L., Ortiz, P., & Soler, B. (2015). Evolution of stress in families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *analesdepediatría*, 328-335. Obtenido de <https://www.analesdepediatria.org/en-evolution-stress-in-families-children-articulo-S2341287915001921>
- Gutiérrez, C. (2009). Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: una propuesta metodológica para su interpretación. *HALLAZGOS - Revista de Investigaciones*(12), 201-213. Obtenido de

<https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/hallazgos/article/viewFile/1742/1890>

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). (2013). La familia: el entorno protector de nuestros niños, niñas y adolescentes colombianos. *Observatorio del Bienestar de la Niñez ICBF*(15). Obtenido de <https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/publicacion-47-a.pdf>

Instituto Neurológico de Colombia. (s.f.). *Inatención e Hiperactividad (TDAH)*. Obtenido de <http://institutoneurologico.org/index.php/component/sppagebuilder/?view=page&id=27>

Jiménez, M. (s.f.). *Reflexiones críticas sobre el TDA*. Obtenido de [https://estaticos.qdq.com/swdata/files/909/909777020/Reflexiones-Criticas-sobre-el-TDA\\_1.pdf](https://estaticos.qdq.com/swdata/files/909/909777020/Reflexiones-Criticas-sobre-el-TDA_1.pdf)

Korzeniowsk, C., & Ison, M. (2008). Estrategias psicoeducativas para padres y docentes de niños con TDAH. *Revista Argentina de clínica psicológica*, XVII, 65-71. Obtenido de [http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/35/581/racp\\_xvii\\_1\\_pp65\\_71.pdf](http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/35/581/racp_xvii_1_pp65_71.pdf)

Lazarus, R. (1993). From psychological stress to the emotions: A History of Changing Outlooks. *Annual Reviews Inc*, 44, 1-21. Obtenido de <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.ps.44.020193.000245>

Ley N° 1090. (06 de septiembre de 2006). Código Deontológico y Bioético. Colombia.

Londoño, N., Henao, G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D., & Aguirre-Acevedo, D. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de coping modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 5(2), 327-349.

- Londoño, N., Pérez, M., & Murillo, M. (2009). Validación de la escala de estilos y estrategias de afrontamiento al estrés en una muestra colombiana. *Informes psicológicos*, 11(13), 13-29. Obtenido de <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/1211/1252>
- Martín, M., Jiménez, M., & Fernández-Abascal, E. (2000). Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento. *Revista electrónica de motivación y emoción*, 3(4). Obtenido de <http://reme.uji.es/articulos/agarce4960806100/texto.html>
- Martínez, J. (2011). Métodos de investigación cualitativa. *Revista de la Corporación Internacional para el Desarrollo Educativo*(8). Obtenido de <http://www.cide.edu.co/doc/investigacion/3.%20metodos%20de%20investigacion.pdf>
- Meca, R. (2012). *Dificultades académicas de los niños con TDAH a lo largo de la escolarización*. Recuperado el 24 de 02 de 2019, de Fundación CADAH: <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/dificultades-academicas-de-los-ninos-con-tdah-a-lo-largo-de-la-escolarizacion-.html>
- Menchaca, J., Martínez, J., Navarro, M., & Castro, E. (s.f.). *Modelos parentales en padres de hijos con TDAH: Un estudio exploratorio*. Obtenido de [http://clepso.flacso.edu.mx/sites/default/files/memorias\\_2016/eje\\_7/7.8\\_modelos\\_parentales\\_padres\\_hijos\\_con\\_tdah\\_estudio\\_exploratorio.pdf](http://clepso.flacso.edu.mx/sites/default/files/memorias_2016/eje_7/7.8_modelos_parentales_padres_hijos_con_tdah_estudio_exploratorio.pdf)
- Ministerio de Educación Nacional (Mineducación). (2017). *Descripción de los instrumentos que hacen parte de la historia escolar del estudiante*. Recuperado el 24 de 02 de 2019, de Mineducación: <http://aprende.colombiaaprende.edu.co/ckfinder/userfiles/files/INSTRUCTIVO%20DEL%20PIAR.pdf>
- Ministerio de Educación Nacional (Mineducación). (2017). *Documento de orientaciones técnicas, administrativas y pedagógicas para la atención*

*educativa a estudiantes con discapacidad en el marco de la educación inclusiva*. Recuperado el 24 de 02 de 2019, de Mineducación:  
[https://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-360293.html?\\_noredirect=1](https://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-360293.html?_noredirect=1)

Ministerio de Salud (Minsalud). (2018). *Boletín de salud mental Análisis de Indicadores en Salud Mental por territorio*. Obtenido de [https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2019/02/analisis\\_de\\_indicadores\\_en\\_salud.pdf](https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2019/02/analisis_de_indicadores_en_salud.pdf)

Ministerio de Salud (Minsalud). (2018). *Boletín de salud mental Salud mental en niños, niñas y adolescentes*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-4-salud-mental-nna-2017.pdf>

Muñoz, A., Lago, R., Sanchez, M., & Carmona, J. (2017). Child/Adolescent's ADHD and Parenting Stress: The Mediating Role of Family Impact and Conduct Problems. *Frontiers in psychology*, 8. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5744077/pdf/fpsyg-08-02252.pdf>

Navarro, I., López, B., Heliz, J., & Real, M. (2018). Estrés laboral, burnout y estrategias de afrontamiento en trabajadores que intervienen con menores en riesgo de exclusión social. *aposta. Revista de Ciencias Sociales*, 68-96. Obtenido de <http://apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/inavarro.pdf>

Navarro, O., Chaves, L., Noreña, M., & Piñeres, J. (2016). Percepción del riesgo y estrategias de afrontamiento en población expuesta y no expuesta al riesgo de inundación. *Interamerican Journal of Psychology*, 50(3), 331-346. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/284/28450492003.pdf>

Olías, L. (2014). *Los que respaldan el Déficit de Atención tienen intereses con las farmacéuticas*. Obtenido de [eldiario.es](http://eldiario.es):

[https://www.eldiario.es/sociedad/respaldan-TDAH-conflictos-industria-farmaceutica\\_0\\_339116304.html](https://www.eldiario.es/sociedad/respaldan-TDAH-conflictos-industria-farmaceutica_0_339116304.html)

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Salud mental del adolescente*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/adolescent-mental-health>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (s.f.). *Adolescentes y salud mental*. Obtenido de [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/mental\\_health/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/mental_health/es/)

Paris, L., & Omar, A. (2009). Estrategias de afrontamiento del estrés como potenciadoras de bienestar. *Psicología y Salud*, 19(2), 167-175. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/41805740\\_Estrategias\\_de\\_afrontamiento\\_del\\_estres\\_como\\_potenciadoras\\_de\\_bienestar](https://www.researchgate.net/publication/41805740_Estrategias_de_afrontamiento_del_estres_como_potenciadoras_de_bienestar)

Pérez, J. (2013). *Aprender de los grandes cambios vitales*. Valencia, España: Publicaciones de la Universidad de Valencia (PUV) . Obtenido de <http://unicatolica.basesdedatosezproxy.com:2100/a/34928/aprender-de-los-grandes-cambios-vitales>

Pichot, P., López, J., & Valdés, M. (Edits.). (1995). *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, España: MASSON, S.A.

Puentes, P., Jiménez, G., Pineda, W., Pimienta, D., Acosta, J., & Cervantes, M. (2014). Déficit en habilidades sociales en niños con Trastorno por Déficit de Atención Hiperactividad, evaluados con la escala BASC. *Revista Colombiana de Psicología*, 23(1), 95-106. Obtenido de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/34332/45630>

Rubiales, J. (2014). Perfil ejecutivo en niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e*

*Avaliação Psicológica*, 2(38), 31-54. Obtenido de  
<http://www.redalyc.org/pdf/4596/459645434003.pdf>

Sáenz, M. (2017). *Estrategias de afrontamiento del estrés en familias que conviven con un miembro con síndrome de Down*. Obtenido de Universidad de Valladolid:  
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/28926/1/TFG-O-1173.pdf>

Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación. Sexta edición*. México: McGRAW-HILL. Obtenido de  
<http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

Sandín, B. (2002). El estrés: Un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 141-157. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/337/33730109.pdf>

Sandín, B. (2009). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín, & F. Ramos, *Manual de psicopatología* (Vol. II). Madrid, España: McGRAW-HILL. Obtenido de <https://serproductivo.org/wp-content/uploads/2017/04/Manual-de-psicopatolog%C3%ADa.-Volumen-II.pdf>

Sandín, B., & Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1), 39-54.

Sarafino, E., & Smith, T. (2010). *Health psychology : biopsychosocial interactions, 7th Edition*. E.E.U.U.: JOHN WILEY & SONS, INC. Obtenido de <https://ultimatecieguide.files.wordpress.com/2017/03/sarafino-health-psychology-biopsychosocial-interactions-edition-7.pdf>

Scandar, M., & Bunge, E. (2017). Tratamientos psicosociales y no farmacológicos para el Trastorno por Déficit de e Hiperactividad en niños y adolescentes.

*Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXVI(2), 210-219. Recuperado el 24 de 02 de 2019, de Redalyc:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281952112008>

Smith, C., & Lazarus, R. (1990). *Emotion and Adaptation*. Obtenido de <http://people.ict.usc.edu/~gratch/CSCI534/Readings/Smith&Lazarus90.pdf>

Solís, C., & Vidal, A. (2006). Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*, VII(1), 33-39. Obtenido de <http://www.hhv.gob.pe/revista/2006/3%20ESTILOS%20Y%20ESTRATEGIA%20DE%20AFRONTAMIENTO.pdf>

Vásquez, R., Benítez, M., Izquierdo, A., Dueñas, Z., Gómez, D., & Caicedo, J. (2011). ¿Qué es la hiperactividad y cómo ven el problema los padres? *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(3). Obtenido de Scielo: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v40n3/v40n3a08.pdf>

Vázquez, C., Crespo, M., & Ring, J. (s.f.). Estrategias de Afrontamiento. En A. Balbuena, G. Berrios, P. Fernández, & Masson (Ed.), *Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología* (págs. 425-446). Barcelona. Recuperado el 24 de 02 de 2019, de [https://www.researchgate.net/publication/257032587\\_Estrategias\\_de\\_Afrontamiento](https://www.researchgate.net/publication/257032587_Estrategias_de_Afrontamiento)

Vélez, A., Talero, C., González, R., & Ibáñez, M. (2008). Prevalencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en estudiantes de escuelas de Bogotá, Colombia. *Acta Neurol Colomb*, 24(1), 6-12. Obtenido de [https://www.acnweb.org/acta/2008\\_24\\_1\\_6.pdf](https://www.acnweb.org/acta/2008_24_1_6.pdf)

Vélez, C., & Vidarte, J. (2011). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), una problemática a abordar en la política pública de primera infancia en Colombia*. doi:<https://doi.org/10.1590/S0124-00642012000800010>

- Waisblat, A. (2012). La atención de la desatención. Una mirada crítica sobre el TDAH. *Cuadernos de Psicomotricidad*(43), 7-14. Obtenido de [http://www.procc.org/pdf/La\\_atencion\\_de\\_la\\_desatencion\\_Mirada\\_critica\\_TDAH.Waisblat.2012.pdf](http://www.procc.org/pdf/La_atencion_de_la_desatencion_Mirada_critica_TDAH.Waisblat.2012.pdf)
- Weiss, N., Schuler, J., Monge, S., McGough, J., Chavira, D., Bagnarello, M., . . . Mathews, C. (2011). Prevalencia y tamizaje del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Costa Rica. *NCBI*, 22(99), 337–342. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4431996/>
- Yagoskesky, R. (2009). *La desesperanza aprendida*. Obtenido de gestiopolis: <https://www.gestiopolis.com/la-desesperanza-aprendida/>
- Zambrano, R., & Ceballos, P. (2007). Síndrome de carga del cuidador. *Rev. Colomb. Psiquiat*, XXXVI(1). Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v36s1/v36s1a05.pdf>

## Anexos

### 1. Modelo de entrevista

<p><b>Solución de problemas:</b> está relacionada con “la secuencia de acciones orientadas a solucionar el problema” (p.339), en donde se tiene en cuenta el momento para hacer análisis o intervención.</p>	<p>¿Cuándo vive situaciones incontrolables con el niño/a, intenta controlarlas una y otra vez?                  ¿Realiza usted, alguna actividad en exceso, que reduzca el tiempo de compartir con el niño/a?                  Cuando prevés una situación desbordante, ¿anticipas alguna estrategia para mantener la calma?</p>
<p><b>Apoyo social:</b> esta se refiere al apoyo de amigos o familiares, en relación al enfrentamiento del problema, donde recibe ayuda emocional o información.</p>	<p>¿Ha conformado red de apoyo con algunos allegados que ayuden a sobrellevar la situación en casos extremos? ¿Con quienes?                  ¿Qué conductas del niño en la vida cotidiana se le ha dificultado enfrentar?</p>
<p><b>Espera:</b> se refiere a la creencia que la situación se resolverá sola, positivamente, con el paso del tiempo.</p>	<p>¿Qué conductas del niño en la vida cotidiana se le ha dificultado enfrentar?                  ¿Considera que las situaciones desbordantes en cuanto a los comportamientos del niño/a no hay que analizarlas, solo evitarlas, cuál es su opinión al respecto?                  ¿Cuándo se presentan situaciones conflictivas en el acompañamiento del niño/a, que ya habían sido mejoradas, usted analiza las fallas y propone el mejoramiento de las mismas?</p>
<p><b>Religión:</b> es la estrategia, donde se utiliza el rezo y la oración “para tolerar el problema o para generar soluciones ante el mismo” (p.339).</p>	<p>¿Profesa alguna religión o creencia?                  ¿Cuál?</p>
<p><b>Evitación emocional:</b> esta estrategia evita la reacción negativa frente a la situación ocultándola o inhibiéndola, ya sea por carga emocional o por desaprobación de otras personas</p>	<p>¿Considera que las situaciones desbordantes en cuanto a los comportamientos del niño/a no hay que analizarlas, solo evitarlas, cuál es su opinión al respecto?</p>
<p><b>Búsqueda de apoyo profesional:</b> esta es un tipo de apoyo social, donde se emplean opiniones profesionales</p>	<p>¿Considera que las ayudas utilizadas con el niño/a (por ejemplo, las terapias, medicamento), le ayudaran a mejorar significativamente, en que aspecto?</p>

para obtener información sobre la situación a enfrentar.	
<b>Reacción agresiva:</b> referida a todas las expresiones impulsivas de la ira, bien sea hacia sí mismo o hacia otra persona u objeto, permitiendo disminuir la emoción.	¿Qué conductas del niño en la vida cotidiana se le ha dificultado enfrentar? ¿Considera que las situaciones desbordantes en cuanto a los comportamientos del niño/a no hay que analizarlas, solo evitarlas, cuál es su opinión al respecto?
<b>Evitación cognitiva:</b> por medio de esta estrategia, se neutralizan los pensamientos negativos de la situación problema, a través de actividades.	¿Considera que las situaciones desbordantes en cuanto a los comportamientos del niño/a no hay que analizarlas, solo evitarlas, cuál es su opinión al respecto?
<b>Expresión de la dificultad de afrontamiento:</b> está relacionada con la expresión acerca de “las dificultades para afrontar las emociones generadas por la situación, expresar las emociones y resolver el problema. Esta estrategia surge como una expresión de desesperanza frente al control de las emociones y del problema” (p.341).	¿Ante la situación del niño/a, se ha sentido desesperado/a, en que ocasiones? ¿Frente a situaciones difíciles con el niño/a, usted reflexiona sobre las causas y busca estrategias para vivirlas mejor?
<b>Reevaluación positiva:</b> referida a los aprendizajes que pueda tener la situación problema por medio de la identificación de los aspectos positivos.	¿Reconoce usted que la situación del niño/a tiene mejoría, cuál es su opinión? ¿Ante la situación del niño/a, se ha sentido desesperado/a, en que ocasiones? ¿Ha descubierto que dentro de las limitaciones que tiene el niño/a, hay un nivel alto que puede alcanzar y trabajar diariamente para ayudarlo a alcanzarlo?
<b>Negación:</b> entendida como la falta de aceptación y evitación de la situación problema, donde la persona opta por un comportamiento de alejamiento, temporal, frente al problema.	¿Toma semanalmente un tiempo para relajarse o distraerse? ¿Cada cuánto?
<b>Autonomía:</b> en esta estrategia, la información para la solución, se busca de manera independiente, sin ayuda ni de familiares o amigos.	¿Qué conductas del niño en la vida cotidiana se le ha dificultado enfrentar? ¿Ha conformado red de apoyo con algunos allegados que ayuden a

	sobrellevar la situación en casos extremos? ¿Con quienes?
--	---

## 2. Validación del instrumento

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CATÓLICA LUMEN GENTIUM  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
TRABAJO DE GRADO**

EVALUACIÓN, CONCEPTO Y VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTO  
Por medio del presente informe hago constar que se ha realizado la revisión, evaluación y, establecido un concepto, en el proceso de validación del instrumento: entrevista semiestructurada, formulado por el (los) estudiantes: Lizeth Vanessa Morales Cardona, bajo la dirección del profesor: Edgar Andrés Gallo en el marco del proyecto investigativo de trabajo de grado titulado: Caracterizar las estrategias de afrontamiento de familias con niños diagnosticados con Trastorno Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en el departamento del Valle del Cauca, con objetivo general: Caracterizar las estrategias de afrontamiento en familias con niños que han sido diagnosticado con TDAH en el departamento, Valle del Cauca, concediendo la siguiente valoración cualitativa y cuantitativa del mismo;

ASPECTOS A EVALUAR	D.	A	B.	E.	PUNTAJE
Objetivo de la investigación			✓		4.0
Claridad variable (s)/categoría (s) de análisis				✓	5.0
Coherencia ítems-variable (s)/categoría(s)			✓		4.0
Ítems mide variable (s)/categoría (s)			✓		4.0
Redacción de los ítems			✓		4.0
Ortografía de los ítems				✓	5.0
Presentación de instrumento			✓		4.0
Selección de población /muestra				✓	4.0
Procedimiento				✓	5.0
Consentimiento asistido				✓	5.0
Aspectos éticos, bioéticos y deontológicos				✓	5.0

D: Deficiente (1.0-2.9), A: Aceptable (3.0-3.9), B: Bueno (4.0-4.7) E: Excelente: (5.0)

Observaciones, recomendaciones y sugerencias:

EXPERTO:

Nombre y apellidos: Alejandra Carón Morale

Profesión: Mg en familia / psicóloga

Número de tarjeta profesional: 130725

FECHA: 23/Mar/2021

ANEXO: Instrumento, Fotocopia documento identidad, fotocopia tarjeta profesional.

Nombre:

Autoras: Lizeth Vanessa Morales Cardona

Administración: Oral

Duración: 30 minutos.

Aplicación: Familias

Significación: Conocimiento de las estrategias de afrontamiento

*Alejandra Carón Morale*  
c.c 130616417.

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CATÓLICA LUMEN GENTIUM  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
TRABAJO DE GRADO**

**EVALUACIÓN, CONCEPTO Y VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTO**  
Por medio del presente informe hago constar que se ha realizado la revisión, evaluación y, establecido un concepto, en el proceso de validación del instrumento: entrevista semiestructurada, formulado por el (los) estudiantes: Lizeth Vanessa Morales Cardona, bajo la dirección del profesor: Edgar Andrés Gallo en el marco del proyecto investigativo de trabajo de grado titulado: Caracterizar las estrategias de afrontamiento de familias con niños diagnosticados con Trastorno Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en el departamento del Valle del Cauca, con objetivo general: Caracterizar las estrategias de afrontamiento en familias con niños que han sido diagnosticado con TDAH en el departamento, Valle del Cauca, concediendo la siguiente valoración cualitativa y cuantitativa del mismo;

ASPECTOS A EVALUAR	D.	A	B.	E.	PUNTAJE
Objetivo de la investigación			x		4.5
Claridad variable (s)/categoría (s) de análisis		x			3.0
Coherencia ítems-variable (s)/categoría(s)		x			3.0
Ítems mide variable (s)/categoría (s)	x				2.0
Redacción de los ítems	x				2.0
Ortografía de los ítems				x	5
Presentación de instrumento			x		4.0
Selección de población /muestra			x		4.0
Procedimiento		x			3.5
Consentimiento asistido			x		4.5
Aspectos éticos, bioéticos y deontológicos				x	5

D: Deficiente (1.0-2.9), A: Aceptable (3.0-3.9), B: Bueno (4.0-4.7) E: Excelente: (5.0)

Observaciones, recomendaciones y sugerencias:

Observaciones insertadas en comentarios sobre el instrumento

Calificación promedio: 3.7

EXPERTO:

Nombre y apellidos: Malcolm Benavidez

Profesión: Psicólogo Mg Familia

Número de tarjeta profesional: 138883

FECHA:

### 3. Consentimiento informado



Consentimiento Informado

Fecha: dd/mm/aa

Yo, \_\_\_\_\_ identificada(o) con cédula de ciudadanía |  
número \_\_\_\_\_ de la ciudad de \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ años de edad,  
residencia en la dirección \_\_\_\_\_ y número de teléfono \_\_\_\_\_  
manifiesto que he sido informada(o) sobre el objetivo del proyecto de investigación de  
pregrado al que me invitan a participar los estudiantes de Psicología aquí firmantes como una  
práctica privada y orientada académicamente de la Fundación Universitaria Católica Lumen  
Gentium (UNICATOLICA). Por lo tanto, doy testimonio de que se me hizo saber también  
mis derechos y las características de aplicación del(os) instrumento(s)  
\_\_\_\_\_. Aplicación que no  
tendrá una duración mayor a \_\_\_\_\_ minutos.

Acepto contestar de manera clara y sincera, sobre las preguntas relacionadas con mi hijo (a),  
el cual es diagnosticado (a) con el Trastorno Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH),  
entendiendo que los resultados serán tratados de forma anónima, respetando la  
confidencialidad de mis datos y mi identidad en el momento de los anexos. Se me informó  
de igual manera que el proceso de la investigación en el que participo, no representa ningún  
peligro ni efectos secundarios para mi persona y familiares. Comprendo que esta información  
será utilizada únicamente para fines académicos e investigativos en la medida en que es  
importante para el fortalecimiento de las competencias académicas de los futuros  
profesionales de la psicología de la Unicatólica.

Fui informada(o) y manifiesto haber obtenido respuesta a todos mis interrogantes y dudas al  
respecto. Soy consciente que tengo el derecho a retirar este consentimiento informado si  
durante o al finalizar la participación lo considero necesario.

Por lo tanto, acepto participar libre y voluntariamente.

Firma \_\_\_\_\_

Nombre(s), Apellido(s) del participante

C.C. \_\_\_\_\_

#### 4. Transcripción de la entrevista del sujeto 1

- ¿Hace cuánto se enteró del diagnóstico?

Mamá: “Empezó aproximadamente a los cuatro años y medio. Pues, o sea, yo siempre tuve fue como curiosidad porque cuándo él entró a la guardería, él entró a estudiar muy pequeño como al año y dos meses... año y tres meses más o menos empezó a estudiar él. Y al principio, pues yo siempre... me causó curiosidad por qué se demoró tanto en adaptarse a la guardería, porque fueron tres meses que llegó completamente disfónico, mejor dicho, los ojos eran chinos de todo lo que

lloraba. Y entonces, lo que me decía era la profesora era que él llegaba, y que los otros niños a los ocho días o quince días máximo, ya estaban acoplados y todos jugaban y todo. Que él no, que él llegaba y desde que llegaba se metía debajo de una mesa y empezaba a llorar, y que lloraba todo el día metido debajo de esa mesa y que todo el día decía “mi mamá, mi mamá, mi mamá” o sea se demoró tres meses y aparte de esos tres meses, siempre fue un dilema mandarlo a la guardería; o sea él veía la ruta de la guardería y empezaba abrir las piernas o empezaba “tengo ganas de hacer popo, tengo ganas de hacer chichi” o sea a él le daban ganas de hacer todo cuando veía la ruta escolar, la ruta de la guardería. Entonces yo siempre “bueno, será que no le va a gustar estudiar o qué” entonces pues por ahí siempre me causó curiosidad, yo siempre “no... seguramente es de esos niños que no les gusta ir al colegio, que no les gusta estudiar”. Y ya después de eso, cuando lo metí a estudiar al colegio (primero pues entró a estudiar al “Liceo Brillante Juventud”, un colegio aparte donde lo saqué hace mucho rato) cuando él entro a estudiar al colegio, empezaron los problemas fue porque él no escribía, se negaba a escribir, se negaba hacer lo que la profesora le decía, todo el tiempo ponía un pero, todo el tiempo tenía un pero, se acostaba a dormir... ella le decía “vea ¿va a escribir?” y él le decía “no, yo no voy a escribir hoy tampoco”. Entonces ella me llamaba mucho la atención y me decía “que sí, que él era muy diferente a otros niños”, porque usualmente los niños dicen “yo no voy hacer esto o estoy enojado contigo” y por ahí a los quince minutos se les ha olvidado y listo. Él no, si él decía yo no voy a escribir, no escribía en todo el día. Por más que le insistieran y todo, él siempre decía “no, no, no, no, no” y así fue todo el año escolar. Y cuando fue a finalizar el año escolar y le hicieron los exámenes finales de año, los pasó todos en cinco; entonces... yo bueno, pero pues “¿qué pasa con él?”, no escribía, se negaba hacer las actividades, pero todos los exámenes los pasaba a la perfección, entonces, bueno le pasaron el año. Yo más, sin embargo, al principio dije “no. Repite el año porque él paso el año muy mediocre, o sea eso fue de pura suerte que pasó los exámenes” y le hice repetir ese año. El año que siguió fue lo mismo y las quejas se incentivaban, o sea cada rato eran más quejas, que no escribe, que se queda dormido, que se va del salón,

que uno le está hablando de un tema y él sale con otro, que se la pasa es inventado historias, o sea no hace lo que tiene que hacer. Entonces ya empezó “bueno ¿qué es lo que está pasando?” que él no se está quieto, que se sale del salón y se va para los salones de los niños más grandes, siempre se va y busca los salones de 10 y 11 para irse, no le gusta que lo manden para los salones de los niños más pequeños. Entonces que no hacía nada de caso. Bueno ya empezaron los problemas que “hágalo revisar por si es hiperactividad, que probablemente es un niño hiperactivo”.

Entonces al principio era horrible porque yo lo castigaba muchísimo, ósea todo el tiempo yo lo estaba castigando, lo estaba gritando, lo estaba pegando, porque pues no entendía lo que estaba pasando, o sea yo todo el tiempo como que “vos no has visto todo lo que estoy pagando en ese colegio para que estés en estas” y era quejas tras quejas. Llegó un punto donde la profesora le dijo que le iba a decir a la mamá para que lo castigara y él le dijo “pues dígame, a mi mamá me quiere mucho, mi mamá no me pega, no me regaña, mi mamá me da muchos regalos” cuando eso no era ni la mitad de verdad y yo “¿Qué, que?”. Entonces me llamaron del colegio y “que sí, es que mamá, si usted se le está poniendo la queja usted no tiene por qué premiarlo. El niño dijo que usted no lo reprendía, que usted no le decía nada, que usted todo le daba era regalos” y yo como “¿Qué, que? ¿Cómo así? Yo más de lo que lo castigo, yo más de lo que le pego a él, ya hasta pesar me da pegarle y le dije porque no...”.

Entonces, no... ya se me formó un problema, entonces ya empecé a llevarlo como tal ya a las citas médicas. Y entonces a las citas médicas, ya le empezaron a mirar si era un problema de hiperactividad. Pero cuando le hicieron las pruebas psicológicas y todo, le arrojó que no era un problema de hiperactividad solamente, sino que era un problema por atención e hiperactividad, pero era muchísimo más marcado el problema de atención. Y entonces ya se empezó a generar fue el problema, porque ya... donde estaba, la docente que tenía, no lo entendía para nada, y todo el tiempo, o sea todo el tiempo, lo estaba atacando, poniéndole apodos,

todo el tiempo la docente le decía que él era un perezoso, que él era un cansón, o sea la docente se lavaba las manos expulsándolo todo el tiempo del salón, diciéndole “sálgase del salón” y claro, o sea ya las quejas eran porque iba y se metía al salón de 10 y 11 y se sentaba con los recocheros, y empezaba... eso le enseñaron disque hacer pistolitas de papel, tubitos de papel para escupirles papeles a otros, le enseñaron hacer avioncitos de papel, entonces este se iba al salón de los otros, para que los otros le enseñaran hacer maldades. Y ya, entonces, no eso a mí se me formó un problema, ya empezó a ir más seguido como tal a las citas con psicología, con neurología, con terapia ocupacional, ¿ya? Que para que le hicieran como tal intervención. Pero los terapeutas ocupacionales dicen que “él les trabaja muy bien” y el psicólogo dice que “el problema más que todo es de norma” y el neurólogo dice que “el problema es por el trastorno de atención e hiperactividad”. Entonces pues ya en últimas, yo llegué a un punto donde ya estaba cansada como tal, o sea de tanta incoherencia entre los unos y los otros y decidí pues ponerme a estudiar y ponerme como tal a investigar el tema a ver qué era lo que podía hacer y todo esto. Y ahí fue donde surgió, o sea estudiar mi carrera y empezar hacer más por él y ahí fue ya donde comprendí que en realidad el problema lo que le generaba a él era una confrontación con la norma, que todo el tiempo iba a chocar contra la norma porque él tiene sus propias ideas. Y efectivamente pues eso es lo que ha demostrado a lo largo de estos años, o sea, que él tiene sus ideas y él hace las cosas que él le gustan, al ritmo que a él le gusta, que es más de una educación personalizada, de estar más al lado de él explicándole las cosas de una forma individual, que haciéndolo de una forma grupal porque se eleva mucho ¿ya? Entonces pues es eso fue más o menos como el proceso del diagnóstico y del tratamiento que ha tenido a lo largo de los años”.

- ¿Qué opinión tiene sobre la situación de salud del niño/a en cuanto a su diagnóstico?

Mamá: “Bueno, pues, si hablamos del diagnóstico como tal, yo consideraría que no es un limitante, o sea que sí tiene diferencias en el aprendizaje, la conducta

digámoslo en el trato con los demás, sí hay muchas diferencias, pero no es un limitante porque no considero que lo haga menos ni que lo haga tonto ni nada de eso. Si hablo de salud general como tal, diría que sí hay problema, en el sentido por ejemplo de la piel, porque él es un niño atópico, entonces es muy descuidado al momento de cuidarse la piel, por ejemplo, yo le tengo que comprar unos medicamentos carísimos para que él no se le escame la piel, porque es muy seca, y él... si yo no le estoy diciendo “vea hay que echárselos”, si yo no estoy pendiente hasta aplicándoselo yo misma, no se los aplica, entonces por ese lado, sí le afecta, digámoslo a nivel de salud, a nivel del cuerpo y a nivel de él físicamente”.

Entrevistadora: “Pero ¿el diagnóstico de la piel tiene que ver con el diagnóstico de TDAH?”

Mamá: “No, sino que... o sea, son cosas aisladas ¿si me entendés? sino que el problema es que como el trastorno por déficit de atención le afecta también la atención a sí mismo, entonces él no se cuida por ejemplo en la alimentación, a él se le olvida que ha comido, si yo no le recuerdo “vea ¿ya comió?” él no se acuerda ¿ya?, si yo no le recuerdo “vea ¿ya se echó la crema?” él no se acuerda, si yo no lo mando a bañarse y a echarse los productos que se tiene que echar durante el baño, él no lo hace, entonces sí le afecta como tal a nivel de, de, su corporalidad a nivel físico”.

- ¿Reconoce usted que la situación del niño/a tiene mejoría, cuál es su opinión?

Mamá: “Pues... mejoría como tal, a nivel académico, no. ¿Por qué? Porque, digámoslo en general, en general hay cosas que él se niega aún hacer, él es muy confrontativo ante la norma. Si, por ejemplo, yo le digo a él “usted tiene que... recoger su ropa, tiene que tender su cama, tiene que recoger sus juguetes” él empieza “pero ¿Por qué?, pero es que, si yo voy a volver a jugar con ellos más tarde, porqué los tengo...” entonces siempre va a poner un pero, “¿por qué los tengo que recoger?”. Si yo le digo “es que usted tiene que estudiar” “pero es que si a mí

eso no me gusta y a mí eso me aburre ¿Por qué tengo que estudiar eso?”, entonces en cuanto a eso, digámoslo que no hay una mejoría como tal, él sigue oponiéndose hacer las cosas que no le gustan, hace lo que él le gusta al ritmo que él lo quiere hacer ¿ya?

En cuanto al comportamiento y a la sociabilización con otros, digámoslo que si ha cambiado porque él... o sea, había un momento en que él era muy agresivo, mucho, era muy agresivo, pero yo de pronto lo refiero, también a la agresividad que yo tenía con él, digámoslo a la forma de castigo, que todo el tiempo lo cogía y le pegaba o lo reprendía... o sea lo reprendía muy feo, a veces con palabras, o sea a veces no lo sabía llevar, no lo sabía tratar, entonces a veces lo reprendía con palabras, otras veces lo reprendía ya desde el castigo físico, entonces él era muy agresivo, hacía unos berrinches y hacía unas pataletas. No me las hacía a mí, pero al que podía se las hacía ¿ya? Y yo digo, no me las hacía a mí de pronto porque me tenía miedo, a los demás como no les tenía miedo les hacía unos berrinches unas pataletas terribles. Con los otros niños no socializaba, o sea no se juntaba con ellos, no era amistoso con los otros niños. Entonces digámoslo que en eso si ha habido habiendo como una mejoría, porque ya ahora, pues... el trato cambió, la forma de hablar con él cambio muchísimo, entonces desde allí, o sea yo le explico ya las cosas, ya yo le digo si lo voy a castigar, le explico por qué lo voy a castigar, ya no lo castigo físicamente, porque es que llegue a la conclusión de que el castigo físico como tal, no era la solución y que la violencia física solamente iba a conllevar a más violencia. Y lo mismo que le enseñe a él. Entonces, en ese sentido, él es un niño pacífico, aprendió a que no podía expresar su ira o digamos su frustración ante los demás, por medio de golpes ni por medio de malas palabras, entonces en ese sentido si mejoró muchísimo. Él cuando necesita pelear con alguien, lo hace muy educadamente y él llega la conclusión de que darse golpes o que ir a... digámoslo a las malas palabras, no es la solución porque él no es un niño que diga malas palabras. Entonces en ese sentido aprendió ya a escuchar más a los demás, porque él era muy voluntarioso. Él era de los niños que llegaba y planteaba un juego, y

todos tenían que jugar ese juego, porque si los demás no jugaban ese juego, él se enojaba, entonces “yo me enoja y no voy a jugar”. O todos llegaban y decían “bueno si, entonces juguemos pues ese juego” y entonces ya él jugaba ese juego y jugaba ese juego y no se cansaba de jugar ese juego, y él le ponía los roles a todo el mundo “usted es el malo, usted es esto, usted es lo otro” y él siempre era el mejor de todo el mundo ¿no? Entonces ya los otros niños se cansaban de jugar el juego y le decían “no, pero es que yo ya quiero hacer es tal cosa” o “no ya no juguemos este juego”, entonces ya se enojaba y entonces decía “pues si no es así, entonces no juguemos” entonces los otros niños terminaban yéndose a jugar ellos por su lado y dejarlo a él solo. Entonces en ese sentido ya escucha más a los otros niños y acepta a que los otros propongan ideas de juego. Por ejemplo, yo nunca le conocí un mejor amigo, nunca, nunca en la vida, que él dijera “mi mejor amigo”, nunca, y hace más o menos como unos tres meses, ya tiene un amiguito que él habla mucho de ese amigo, dice “mi mejor amigo... es fulanito” entonces si ha cambiado, digámoslo que en ese sentido digámoslo que la edad lo hecho ir mejorando, irse volviendo más sociable, ir comprendiendo que todos tienen diferencias y que todos tienen derechos por iguales, que él no es el único que puede ir imponiendo su voluntad y que todos los demás tienen que hacer lo que él diga, en ese sentido si ha cambiado.

En cuanto a nivel académico, si, como te decía anteriormente, es lo mismo. Es el mismo problema, porque él no escribe, porque él a veces es voluntarioso con las materias. Que ha mejorado digámoslo, que participa mucho, o sea todos los niños en el salón le dicen que él es el niño más inteligente de la clase, que él es lo más inteligente de la clase, que él es el mejor de la clase, porque él tiene muy buena verbalización de las cosas. Entonces él todo el tiempo, ya con la edad, se ha ido empapando de muchos temas. Entonces él, digámoslo, que el vocabulario de él y los conocimientos de él son muy fluidos, muy amplios. Entonces él maneja de todo un poquito, y los programas favoritos de él son programas de ciencias. Por ejemplo, él adora la “ciencia de lo absurdo”. O sea, él... mejor dicho le busca la hora a la “ciencia de lo absurdo” para poderse lo ver, él ve ese programa y deja de ver

cualquier otro programa, así sea los muñecos que más le gustan por verse la ciencia de lo absurdo. Entonces él por ejemplo maneja muchos temas de ciencia, de química, de biología, de historia, de arqueología, de astronomía, porque esos son los temas que a él le gustan. Entonces, en ese sentido si ha mejorado, porque, pues, obviamente como ya ha adquirido esos conocimientos a lo largo de los años, él participa mucho en clases y él contextualiza las clases, con lo que él ve, entonces por ejemplo... él estaba en clase de tecnología y estaban viendo la inteligencia artificial y las nuevas tecnologías, ¿Qué hizo él? Hizo una mano robótica con pitillos y sin que le dijeran, ni nada de eso, fue y lo llevo. Entonces fue y le explicó al profesor que esa mano robótica era el principio más arcaico de la robótica en general y que los seres humanos, desde la antigüedad, han hecho cantidad de inventos, pero de una forma más rudimentaria. Entonces esas son las explicaciones, por ejemplo, que él va y le da al profesor. Entonces ¿cuál fue la tarea del profesor para todo el mundo? todos me traen una mano robótica para la próxima clase. Entonces, por ejemplo, él se adelanta a veces a los temas de investigación. O sea, no escribe ni hace las cosas que tiene que hacer en la clase, pero propone temas nuevos, implementa temas nuevos. Entonces qué me ha dicho la profesora “pues me tocó cambiar toda la metodología”. Porque, por ejemplo, ellos no le veían la importancia de tener un club de ciencia, pero él exige hacer un club de ciencia. Entonces qué les toco hacer, hacer un club de ciencia donde el presidente del club de ciencia es él. Entonces él tiene que estar innovando todo el tiempo con proyectos nuevos de ciencia, con experimentos nuevos. Entonces, él se la pasa buscando, o sea hasta el experimento más básico, se la pasa llevando al colegio, y hablando de esos experimentos, entonces a él lo llevan a los otros salones a que él exponga sus experimentos, a que él muestre los principios, como funciona...”.

Entrevistadora: “Le dan posibilidades”.

Mamá: “Si, obvio, eso es lo que me gusta muchísimo de ese colegio. Entonces como te digo, o sea no ha mejorado en los mismos criterios de siempre, pero ha adquirido nuevas cosas, nuevas habilidades, que son las que yo he tratado

de potencializarle y de permitirle que él siga por sí mismo mejorando, porque obviamente ya se vuelven más complicado para mí, porque todo el tiempo me está preguntando “¿Qué significa esto? ¿Qué significa lo otro? Y ¿esto para que sirve? ¿Qué significa esta palabra?” porque él piensa que todo lo sé, entonces si yo no lo sé, se enoja, me dice “usted no es una cerebritito entonces? ¿usted es una cerebritito, dígame que signifi...” y yo le digo “pues si yo no lo sé” “pues yo pensé que usted lo sabía, lo voy a buscar por internet” porque todo el tiempo me está cuestionando y me está retando. O empieza “me explicas tal cosa, me ayudas tal cosa” y hay cosas que yo no sé. Por ejemplo, las cosas de inventos, de química, de inteligencia artificial, yo quedo gringa, a duras penas sé manejar bien el celular y el computador, pero entonces él espera que sea a la perfección que yo lo haga y yo le digo que “no, cómo lo voy hacer, no lo sé”. Entonces, si en ese sentido si ha adquirido muchísimas habilidades”.

- ¿Considera usted que la situación de salud de niño/a es grave, por qué?

Mamá: “No. Yo digo que es algo manejable. Para mí, no es algo grave, es complicado, en el sentido, digámoslo de socialización, porque la sociedad no comprende este tipo de personas. Yo he tenido muchísimos problemas porque la sociedad recrimina, cuestiona, digámoslo con las personas que son como él. Entonces, por ejemplo, él por ejemplo llega y... y... yo estoy hablando con algún grupo de adultos, digámoslo con adultos mayores, amigos, y él va y mete la cucharada. Automáticamente, los adultos mayores voltean y miran “por qué este culicagado está mete la cucharada, porque cuando los adultos hablan, los niños no se meten”, pero él está hablando cosas que son coherentes al tema. Entonces en ese sentido, a veces hay problemas, porque todo el tiempo él mete la cucharada sin importar que sean personas muy grandes y habla desde la coherencia. Él habla de la lógica, porque no sale con cosas que uno diga “hash este culicagado habla sino pendejadas”. No. Habla cosas que son muy coherentes o muy desde la lógica. O, por ejemplo, cuestiona la autoridad. Por ejemplo, yo tengo una vecina por aquí, que él la odia, la detesta, dice “esa señora por qué entra a la casa y ni siquiera toca y no

dice ni siquiera, buenas noches. Entra como si fuera la casa de ella”. Entonces él cuestiona muchísimo la autoridad de los adultos y yo tengo un problema porque esto los adultos no lo ven bien. O, por ejemplo, la forma como él, digámoslo se comporta en el colegio, algunos adultos no lo ven bien. Ahora, en estos momentos, corro con la suerte que la institución donde él está hay muchos psicólogos, hay trabajadores sociales, los profesores están muy empapados en el tema y se han esforzado en empaparse más y más en el tema y en buscar formas de cómo manejarlo y todo eso, y entonces los otros lo comprenden. Pero, por ejemplo, anteriormente que no tenía, digámoslo, no tenía esa ventaja, tenía problemas hasta con los padres de familia de los otros niños, porque a mí me toca estar pidiendo mucha copia, entonces yo tengo que estarle pidiendo a todo el mundo copia y ya la gente lo mira a uno feo. Uno pide copia una vez, dos veces a la tercera ya están mirándolo como que feo como que “hay no, pero es que no ha hecho las tareas, no te puedo prestar los cuadernos” “no pues yo no más le tomo una foto y ya” “no, no, no pero luego, no es que yo ahora estoy ocupado y no te puedo buscar los cuadernos”, entonces te empiezan a mirar feo. Entonces ya se le vuelve a uno, digámoslo en ese sentido tengo es problemas, no porque considere que la enfermedad como tal sea un limitante, no, tengo es problemas con la sociedad. Por ejemplo, no ven bien, que un niño, o sea llegue y hable de principios de robótica y cosas así, porque, por ejemplo, él llega y me dice “mamá es que yo todo lo miro...” ah en estos días estábamos hablando “es que a mí me encanta las cosas antiguas” entonces yo le dije “y ¿Por qué te gustan las cosas antiguas?” él me dice “porque me parecen maravillosas” y yo le dije “pero ¿por qué?” me dice “porque me parece que era algo grandioso que las personas pudieran hacer esas cosas. Entonces cuando yo cojo algo antiguo, yo todo el tiempo lo estoy abriendo por partes y estoy mirando cuales eran sus mecanismos y miro cómo funcionaba, entonces yo en mi mente voy imaginándome como lo armaban y como lo hacían funcionar” dice “y entonces, así miro todas las cosas antiguas que yo encuentro, miro cual era sus mecanismos, cuáles eran las tuercas, los tornillos y como tenían que ir armados y como tenían que funcionar, y entonces mi mente los arma allí mismo”. Entonces

claro, la gente adulta, por ejemplo, hay veces que no entiende esto o que él empieza a preguntar mucho “y esto por qué, y esto por qué, y por qué y para qué, pero como lo hago, como funciona” entonces él como que los fastidia. En ese sentido tengo mucho problema, la gente no ve bien a las personas que cuestionan mucho o que, como tal, proponen digámoslo soluciones alternas. En ese sentido si considero que hay problemas, que como tal es un limitante, no. Me parece que no es un limitante porque son, digámoslo que son las personas así las que nosotros necesitamos en el mundo, personas con otras mentalidades, con otras capacidades y con otras habilidades. A su corta edad de 10 años, él dice que “él es animalista porque no aprueba la violencia animal, que por lo tanto él no va a comer carnes frías, ni embutidos, porque ese tipo de productos, están hechos a base del sufrimiento de los animales”, que él no quiere comer carne porque para él los animales es mejor vivos que muertos. Entonces, por ejemplo, ese tipo de cosas, o sea yo digo que toda la sociedad debería de pensar así. Él dice por ejemplo “la basura de otros es el tesoro de otros, ¿Por qué? porque yo con la basura de otros yo puedo hacer muchos proyectos y muchos experimentos, yo la puedo recuperar y la puedo reciclar, y así habría menos basura en el mundo”. Entonces yo digo que todas las personas deberíamos de pensar así, lastimosamente crecimos con otra mentalidad y con otra ideología. Entonces para mí no es un limitante, es una alternativa nueva para el futuro”.

- ¿Considera usted que el niño alcanzará los niveles de desarrollo de un niño/a de su edad, dentro del tiempo previsto, como lo/a ve?

Mamá: “En algunas cosas es adecuado, en otras cosas considero que está atrasado y en otras considero que esta muchísimo más adelantado”.

Entrevistadora: “¿En cuáles crees que está atrasado?”

Mamá: “Eh... en el autocuidado. En el autocuidado considero que, mejor dicho, un niño de un año le quedó chiquito, porque a él se le olvida bañarse, se le olvida vestirse, se le olvida comer, entonces, por ejemplo, a uno, a veces le toca

sentarse a cucharearle la comida, y entonces él se enoja y dice “es que yo no soy un niño pequeño, yo puedo comer solo” “entonces ¿Por qué no lo has hecho?”. O, por ejemplo, vestirse. Si yo no le escojo la ropa, él no se viste y puede pasar un día completo, envuelto en la toalla y no se viste porque yo no le escogí la ropa, y yo le digo “pero es que sos grande, escoge la ropa tú” “No. No, escójala usted porque es que usted siempre me escoge mejor ropa que yo” “pero ¿qué te cuesta escogerla?” “no, no”; y no la escoge y se la saco y ahí queda la ropa encima de la cama. Y él se entretiene en cualquier cosa. “Ponete la ropa” “ya voy” “ponete la ropa” “ya voy” “que te pongas la ropa” “ya voy” me toca regañarlo y decirle “vení te visto” “vení te visto, ya no andes más así”. Entonces en ese sentido considero que si está muy atrasado. A veces, eh... digámoslo, en cuestiones de las... los que haces de la casa, hay cosas que él ya puede hacer, pero siempre manifiesta “es que no puedo, no puedo” pero yo creo que es más que una excusa, que de no poder hacerlo. En el sentido también considero que está atrasado porque ya debería de saber barrer, yo lo pongo a barrer, no eso juega con la escoba para arriba y para abajo. Hace todo menos lo que tiene que hacer. Yo lo pongo a sacudir algo, y no hace todo menos sacudir. Entonces hay cosas considero que está atrasado. En otras considero que está en la normalidad. Digámoslo que a nivel académico estaría dentro de la normalidad, porque maneja los temas que debería de estar manejando para su edad, sumas restas, multiplicación, aunque a veces como no practica constantemente, entonces a veces no las hace bien, pero pues sabe cuál es el concepto como tal de ellas. Y hay cosas en las que siento que esta muchísimo más avanzado que los demás, que son las cosas en las que él, digamos le gusta interesarse, robótica, ciencia, tecnología, en ese tipo de cosas. Por ejemplo, últimamente le ha dado por interesarse en compuestos químicos, entonces se la pasa investigando elementos de la tabla periódica y como los puede mesclar. Entonces empieza “mamá es que el radio me sirve para yo no sé qué. Mamá es que, el... ay... el ¿magnesio? ...” si, empieza hablarme de un poco de elementos de la tabla periódica. “mamá me puedes conseguir permanganato, mamá me puedes conseguir limadura de hierro, mamá me puedes conseguir boro, mamá me puedes...” “cómo te voy a comprar

esas cosas, o sea no” “pero es que yo las necesito” “y para qué” “porque es que estoy haciendo un proyecto mamá, estoy haciendo un experimento, estoy haciendo un proyecto de ciencias” “pero es que no te los puedo comprar” “mamá yo le prometo que los manejo con cuidado” “no, es que yo no te puedo comprar esas cosas”. Entonces en ese sentido, sí considero que va muchísimo más avanzado para la edad de él”.

- ¿Imagina usted que el niño/a tendrá un desarrollo social normal, cuál es su punto de vista?

Mamá: “Digámoslo que, en estos momentos, no. Le ha costado adaptarse. En estos momentos, apenas está entrando a la normalidad, porque hasta el año pasado tenía mucho problema de bullying con los otros niños, o sea el problema no era con los profesores sino con los otros niños. Había como un combito como de cuatro o cinco que se la tenían al rojo, o sea todos los días lo robaban, lo golpeaban, lo empujaban, lo saboteaban, le ponían apodos, le hacían cualquier cantidad de cosas. Este año, pues ya ha sido muy diferente. Empezando porque el año pasado, ya a lo último yo ya me salí de casillas, o sea se me acabo lo pacifista y ya cogí y le dije “se defiende o se defiende, defiéndase. Si ellos lo están golpeando, usted va a devolver la misma cantidad de golpes” y efectivamente él hizo caso y primero fue y cogió a uno que le pegó tres cachetadas y lo tiró al piso y le pegó tres puños en la cara, y yo le dije “cuántos le pegó” y me dice “él me pego tres cachetadas y yo solamente le pegué tres puños en la cara” y luego va y me dice un compañerito “no mentiras, que él también se paró y le puso el pie en el cuello y le dijo que nunca más le volviera a pegar, que qué pensaba que porque él era inteligente se iba a dejar pegar, pues que no”. Y pues ya eso lo frenó y ya. Luego, el otro día lo cogieron otros tres y se agarró con esos tres, mejor dicho, casi desbarata el salón. Ese día si fue incontrolable porque ya él, o sea se descontroló completamente, se salió de casillas y se agarró con todos tres y como se metió el profesor a separarlos, por encima del profesor les tiraba. No les pudo tirar por encima del profesor, mejor dicho, les tiró los zapatos, el maletín, la cartuchera, como para poderlo calmar lo

encerraron en el salón, el salón lo puso patas arriba. El escritorio del profesor lo puso patas arriba, los pupitres los tiró por todos los lados. No, a lo último le toco que ir a la psicóloga de la institución y cogerlo por la espalda, cogerlo a la fuerza y meterlo a la oficina con el aire acondicionado para que ya empezara a compensarse porque él estaba supremamente descompensado. Me lo entregaron como dos horas después ese día, o sea casi que no lo entregan del colegio, hasta que no se calmara. Hicieron citación y pues ya obviamente yo dije pues que sí, si yo le había dicho que se defendiera, porque esos niños llevaban casi dos años que pegándole y todo eso y lo otro... entonces ya, esa fue la solución que hubo. Literalmente ya los peladitos por fin dejaron de pegarle y por fin dejaron de meterse con él, ahora ya le vieron donde llega él para poder y defenderse”.

Entrevistadora: “Y cuando a ti te contaron esa situación del salón ¿Cómo te sentiste?”

Mamá: “La verdad, nunca me sentí mal. Porque es que yo llevaba muchas veces poniendo la queja en el colegio, había hablado con la psicóloga, le había dicho el problema que había en la socialización con los otros niños, le había dicho que por favor me colaborara, o sea digámoslo que haciendo algo para que ellos pudieran socializar mejor, poniéndole cuidado a esos niños porque es que lo tenían azotado, azotado, azotado, y ella nunca hizo nada. Pues cuando a mí me citaron, la verdad yo fui con toda la responsabilidad del mundo, porque yo misma le había dicho que pegara, entonces ellos me decían “que sí, que el niño se había descontrolado”. Pues cuando ellos me dijeron a mí no me dio risa, pero yo sentí como un fresquito como que “por fin se defendió”. Entonces la verdad, les dije que... “número uno, él no es un niño agresivo y ellos saben que en los años que él ha estado en el colegio, a él le pueden pegar, pero él no responde con golpes porque él no responde nunca con golpes”. Entonces ellos me dijeron “que sí que por eso ellos estaban tan aterrados que el niño hubiera reaccionado de esa manera”. Entonces yo les dije que “si él reaccionó así, fue porque yo le di la autorización de que lo hiciera. Si él reacciona así, fue porque yo le dije que lo hiciera, que se

defendiera ya. Pero no es algo que se vaya a repetir”. Igual yo hablé con el niño y el niño... o sea nunca se volvió a repetir la situación, simplemente hizo eso contra los que lo tenían a él azotado. Se defendió atacándolos de la misma forma, pero solamente contra los que lo atacaban a él, porque él nunca se ha visto que él coja a los otros y que él, digámoslo quiera ejercer violencia sobre los otros, nunca, o sea porque nunca he tenido problemas de que me digan “no es que él coge a los otros y les hace bullying o él siempre coge a los otros y los maltrata” nunca. Él trata siempre de ser más equitativo. Por ejemplo, un amigo de él... él me dice que es el mejor amigo de él porque todos los otros del salón puse a burlarse de él y que él se paró y lo defendió delante de todos y que les dijo “que, si era que ellos no se equivocaban, que todos éramos humanos y nos podíamos equivocar y que ellos no tenían por qué burlarse así de él ni hacerle la bulla”. Entonces el otro niño le dijo que, desde allí, iban hacer los mejores amigos por siempre, que porque él si era un niño justo. Entonces, la verdad no me sentí mal, sentí un fresquito, o sea y no me sentí mal tampoco porque sé que él no es un niño violento, no es un niño agresivo, que simplemente actuó ante la situación como debió de actuar y que yo que soy la mamá, que soy la adulta, lo autoricé a que lo hiciera, porque o sino no hubiera actuado de esa manera. Entonces, normal”.

- ¿Qué conductas del niño en la vida cotidiana se le ha dificultado enfrentar?

Mamá: “Mmm... ay las órdenes. O sea, no, no es desobediencia. Yo diría que es que se le olvida. O sea que le cuesta mucho captar una orden, entonces eso a mí, me... mejor dicho, me exalta, me exacerba, porque yo todo el tiempo le estoy diciendo “Mijo, ayúdeme a recoger la ropa” “ya voy” y luego se le olvida y no la recoge. Entonces, bueno yo digo, ya voy puede ser en 5 minutos que él se quiera parar de verse el capítulo del programa que le guste, porque es que ni a mí me gusta que me paren si yo me estoy viendo algo que me gusta y me digan “vea haga tal cosa” yo le digo “espere a que se acabe esto y lo hago” pero se acaba eso y él sigue sin hacer las cosas. Entonces le digo “qué te estoy diciendo, que hagas las cosas” “Mijo vaya báñese” “ya voy”. Pasa una hora, dos horas, a veces todo el día,

y yo todo el día “que te bañes, que te bañes” “ya voy, ya voy” y no lo hace. Entonces ese es una de las conductas que a mí más se me dificulta porque uno como adulto a veces quisiera que hicieran las cosas así (traquea los dedos) ya, ya, ya, ya y él, no, no, no, no, ahora. O sea, todo cuando él quiera hacerlo. Entonces eso como que, aj, me exalta, más me hace enojar, como que “te moves o te moves”, ya cuando me saca la piedra “o te moves o te hago mover” y entonces como que “eh, usted sí que es regañona, usted sí que regaña, usted es una gritona. Gritona, enojona” “pero cuántas horas llevo diciéndotelo de buena manera y no lo has hecho” “usted es una gritona, una gritona, usted es una enojona”. Esa sería una.

Y de pronto, digámoslo lo voluntarioso a veces. Que a veces quiere algo, cosas tontas, no algo así muy grande, no, porque él no es de esos niños de exigir “es que usted me tiene que comprar tal cosa o me tiene que dar tal cosa” no. Pero, por ejemplo, a veces quiere una caja de cartón, me pasó esta semana. Yo compré unos zapatos que venían en una caja, entonces yo me puse hablar con él sobre la alimentación y me puse pues a explicarle, que cómo era que uno debía de comer, explicarle que habían cinco tipos de alimentos que no te hacían provecho a tu cuerpo, sino que te hacían daño. Me puse a explicarle que no era bueno tomar todo el tiempo leche, que no era bueno comer todo el tiempo azúcares, que no era bueno comer todo el tiempo gluten y productos altos en gluten, ni frituras ni productos esos que vienen enlatados ni empaquetados. Y entonces, resulta que no, no llevaba ni la mitad del discurso y él se aburrió y se paró y no, y empezó a molestar y a brincar. Entonces yo le dije “ah bueno” ... yo le había dicho a él que, si escuchaba todo, le regalaba la caja de cartón, porque está haciendo... yo no sé qué es lo que va hacer con esa... disque va hacer un robot o una maquina con esa caja de cartón. No, que yo se la tenía que dar, así él no hubiera cumplido lo que yo le pedí. Y, mejor dicho, eso azotó puertas, chilló, bramó un rato y todo el tiempo era “mmm, mmm, mala gente, mala gente, eres una mala gente” y yo... yo lo ignoré. Y todo el tiempo pasaba por la pieza y se paraba un rato en la puerta de mi habitación y me decía “caja, caja, caja, caja. Si no me das la caja, no voy a parar de hacer ruido, ni voy a parar de

hacer lo que estoy haciendo”. Entonces como tratando de manipularme. Entonces, eso sobre todo en las conductas. Que es muy manipulador. Él trata de manipular al cien por ciento, o sea él maneja el concepto de... los conceptos, digámoslo así, de psicología los maneja mejor que uno mismo. Él todo el tiempo maneja los conceptos de psicología y todo el tiempo te los aplica. Todo el tiempo te los aplica. Uno no se puede equivocar con él, porque él te los aplica de una. Uno aquí se equivoca o da un paso en falso con él, y él de una te la aplica, de una llega y te dice “pero es que tú dices esto y haces esto y no debería de ser así”. O sea, él es de los que te habla de libre albedrío, él es de los que te habla de respeto de su identidad. Él es, de los que te habla así “es que usted tiene que respetar mi identidad. Usted tiene que respetar mi manera de ser. Usted no puede vulnerar mi forma de ser. ¿Cómo así que usted me viene a decir que mi letra esta fea? Mi letra es linda para mí. Yo a usted no voy y le miro su letra en su cuaderno y le digo esa letra tan fea, a mí no me gusta, cámbiela, porque o sino yo la estaría vulnerando a usted y esa es mi libertad de expresión, mi libertad de identidad”. Él es de los que te habla así. Entonces es muy manipulador, y entonces es siempre voluntarioso y quiere que las cosas se las hagas ahí mismo, si tú no las haces, trata de meterte, o sea manipulándote, presionándote por un lado o presionándote por el otro. Eso a veces me cuesta, porque él comprende muy bien los conceptos y los utiliza en tú contra. O sea, una sola vez me escuchó hablando del condicionamiento y él ya manejaba los conceptos a la perfección, sin que yo los dijera, él mismo llegó y dijo “no es que uno puede hacer esto y hacer esto y ya de esta manera uno hace que las personas actúen como uno quiere. Eso es así como cuando uno mete una rata a un laberinto y le pone corriente, entonces usted la castiga y hace que la rata hace lo que usted quiere porque la rata sabe que, si se mete por cierto lado, sabe de que usted la va a castigar con corriente o la va a chuzar”.

- ¿Considera que las situaciones desbordantes en cuanto a los comportamientos del niño/a no hay que analizarlas, solo evitarlas, cuál es su opinión al respecto?

Mamá: “Las analizo y siempre lo confronto. Siempre trato de confrontarlo. Entonces por ejemplo, él utiliza conceptos conmigo... un día, no recuerdo qué fue lo que él hizo, pero yo le dije que las cosas no eran como él quisiera ni cuando él quisiera, que todo en esta vida uno se lo tenía que ganar y entonces él llegó y me dijo “pero es que mamá lo que yo estoy utilizando con usted es psicología inversa” y entonces yo por molestar le digo “y a usted quién le dijo que eso existe, ese término es de mentiras” “y a usted quién le dijo que ese término es de mentiras, ese término es de verdad y si existe, yo se lo puedo aplicar a usted”. Él investiga. O sea, como te digo, lo mismo es con la psicóloga del colegio y con los docentes, él los manipula y yo ya lo he notado. Él manipula a las personas de la forma que él quiere para que actúen como él quiere que actúe. Entonces, yo ya le dije a la psicóloga “si usted lo va atender a él, tiene que estar muy pendiente porque él hace conductas para que usted actúe como él quiere”, porque él investiga cómo hacerle para que las personas hagan las cosas como él quiere que las haga, él investiga los temas por sí mismo”.

Entrevistadora: “¿Cuándo él esta con niños de su edad, hay mucho conflicto entre ellos por su forma de ser?”

Mamá: “No, ya no tanto. ¿Por qué? Por lo mismo. Ha logrado poco a poco irse ganando un lugar. Entonces digámoslo que, el lugar de él no es tanto porque ellos lo quieren mucho y quieren ser todos sus amigos, no. Es más, un lugar como de respeto, como que “este es el que tiene el conocimiento y como este es el que sabe no le podemos llevar la contraria porque este es el que sabe”. Entonces todos, todo el tiempo, uno se encuentra de pronto un amiguito de él por ahí y le dicen “es que él niño es el más inteligente del salón. Es que él es muy inteligente. Es el mejor de todos en el salón. Es el que más sabe de todos en el salón”. Entonces ya todos lo exaltan mucho y a él de cierta forma le han llenado su conducta narcisista porque todos lo veneran como “ay no, él es super inteligente”, entonces él busca más cosas para seguir siendo el más inteligente y seguir llamando la atención de los demás, como que “yo tengo que seguir buscando más cosas que a todos los deslumbre y

les parezca que esas cosas son grandes y todo, entonces así yo les sigo llamando la atención a todos y todos siguen viendo que soy el mejor”. Él tiene que mantener ese status de que él es el mejor, para que los demás no peleen con él y no le lleven la contraria”.

- ¿Considera que las ayudas utilizadas con el niño/a (por ejemplo, las terapias, medicamento), le ayudaran a mejorar significativamente, en que aspecto?

Mamá: “Si, si y muchísimo, muchísimo, porque independientemente de lo manipulador que sea y de lo narcisista que es, ha logrado como tal entablar diálogos con los demás. Ha logrado como tal comprender que, dentro de sus diferencias, todos somos indispensables, porque él aprende de los demás y los otros aprenden de él. Y a veces ha logrado que por lo menos se interese un poquitico más por estudiar porque antes era muy cerrado, o sea “no yo quiero hacer es esto y yo por qué tengo que ir al colegio, si yo quiero ser es un astronauta de la nasa, si yo quiero ser un científico que encuentre la cura a todas las enfermedades, entonces yo no quiero ir al colegio porque yo me quiero es dedicar a investigar es eso”. Entonces sí, si se ha logrado, porque le ha cogido más amor al colegio y ya por lo menos se preocupa más por las actividades. Era un niño que no le importaba. “Hay compartir en el colegio o hay socialización” a él no le importaba llegar al otro día sin nada que compartir. Ahora no, ahora él va y les dice “vea es que mi mamá hace unos helados más ricos, yo les traigo mañana los helados a todos”. Él les dice “es que mi mamá hace las mejores crispetas del mundo, yo les traigo mañana crispetas a todos” pero como los compartir son de comida sana, comida natural, entonces él va y ofrece que él hace cosas y acá me llega como que “mañana tengo que llevar crispetas” y yo “nooo” a las 8 o 9 de la noche y yo “noo, yo a donde voy a conseguir eso” y yo a las 10 de la noche fritando crispetas, o sino yo a las 10 de la noche yo haciendo helados “ay Dios mío que el congelador los congele todos de aquí a mañana porque o sino yo qué hago con ese poco de helados ahí descongelados”. Entonces, si ya le ha cogido más amor a ir a estudiar, a compartir. Ya se preocupa por llevar cosas y compartir con los demás, por ser parte de la socialización. Entonces digámoslo

que sí ha servido. Si ha servido, lo ha motivado a querer seguir yendo. Que no todos los días tiene ganas de ir. Ay porque ... la mayoría de la semana, tres días no quiere ir y dos días quiere ir”.

Entrevistadora: “Y cuando él decía que no quiere ir o él decía “no me gusta el cole” ¿qué hiciste en ese entonces?”

Mamá: “No, si yo estoy en la casa, tiene que ir. Si yo estoy en la casa o va o va. “no quiero ir” “no, de malas, va”. El problema es cuando se queda solo con mi mamá. Cuando se queda solo con mi mamá nunca va. La mayoría de veces no se le para de la cama y ella me llama y me dice “es que mi mamita es una gritona”. Se hace el dormido. Cuando ella me llama, ahí mismo revira y dice “es que mi mamita es una gritona, es que mi mamita me pega y no me sabe levantar. Ella me hala muy duro y a mí me duele”. Yo le digo “te levantas ya” “ya voy, ya voy” y se levanta alegando. Cuando me llama por teléfono le digo “o se levanta o se levanta o sino cuando yo llegue a la casa arreglamos” “ya voy, ya me voy a meter a bañarme”. Pero cuando está solo con ella, no. O sea, si ella no llama a ponerme la queja, no va. Usualmente cuando hay días en que yo entro a las seis de la mañana, o sea que yo entro muy temprano, él no va. O cuando yo tengo que viajar, salir de la ciudad por cosas del trabajo, él no va”.

- ¿Ante la situación del niño/a, se ha sentido desesperado/a, en que ocasiones?

Mamá: “Ay hacer las tareas. O sea, yo he llegado a tener hasta trescientas y cuatrocientas hojas de los cuadernos de él para des-atrasarlo. Ay, es enserio, no ve que los peladitos escriben grande. Entonces claro son cantidades de hojas. Usted mira los cuadernos de todas las materias, tienen siete, diez, quince hojas y uno empieza a dictarle, y uno “escriba” y se sienta con el lápiz “pero qué tengo que escribir” y uno le dice palabra por palabra ¿no? “verde. Verde, escribí verde” “y cómo se escribe verde” “escúchame verde” y la escribe con b de burro. “Con v pequeña” “aj, usted siempre me corrige. Pues si yo la quiero escribir con esa, es mi cuaderno

y a mí me gusta es esa” “que lo escribas bien, bueno escribilo como se te dé la gana, pero escribilo” “¿qué era lo que tenía que escribir?” “que escribas verde” “ah bueno” y escribe esa. Luego pasamos a la otra “el verde es el color de las plantas” noo, ahí es... mejor dicho, una hora para que escriba esa frase si no es más tiempo. Y no es porque no la sepa escribir, es porque no se le da la gana... es porque no se le da la gana y simplemente lo hace porque no se le da la gana. Por ejemplo, cuando hay que dictarle en inglés, ay Dios mío eso es un volteo, si en español no escribe, en inglés es peor, y no es que no sepa escribir, es que no se le da la gana. Usted en internet lo pillas y los videojuegos que se mete, todos están en inglés y lo mejor es que va y me pregunta “mamá qué significa tal palabra” y si yo me equivoco “eso no significa eso, eso significa es tal cosa oyó” y yo digo “si sabes las palabras entonces para qué me las preguntas” y entonces llega y me dice “porque yo quería saber si usted la sabía”. Entonces yo llego y le digo, o sea “yo no te entiendo”. El inglés, por internet casi todas las cosas que busca están en inglés y le busca cómo traducirlas ¿no? Porque es recursivo, desde el internet es recursivo; pero cuando las tiene que hacer allí en físico, no las hace. Por ejemplo, hubo un examen, donde todavía, el descarado se acuerda y le da risa... donde dice que “escriba una oración con la palabra smile” y disque todos los peladitos decían que smile es pequeño, smile es pequeño y él sabiendo que era pequeño, escribió disque “mi mamá usa smalte” y todavía se ríe y dice “yo le hice al profesor una buena jugada”, entonces yo no sé si lo hizo por gusto o porque no sabía.

Hay días en los que se desborda en los cuadernos y hay veces cojo el cuaderno y me provoca darle un cuaderazo en la cabeza como que “entendé, por algún lado te entra este cuaderno o yo no sé qué vamos hacer” porque me da dos horas, tres horas, medio día, un día, para que escriba un solo cuaderno y no lo hace. En eso si yo ya, no, no más. Hay días en los que yo ya me rindo y yo ya digo “le escribo el cuaderno yo porque o sino no va a pasar la nota. Total, vaya y pase allá el examen”. Entonces todo lo que es académico, es uy insoportable. Para sentarse a estudiar, él pretende sentarse a estudiar con el televisor y el celular en la mano

prendido, y yo se los apago y se enoja y dice “pues ya no voy hacer nada” me toca sentarme a mí como una boba a leerle las preguntas diez veces o treinta veces y repetirle las respuestas para tener la esperanza de que de pronto se las memorice. Y entonces yo sé que, sí se las ha memorizado, pues responde bien en el examen y si no, pues pailas. Por ejemplo, uno en donde le preguntaron disque las fases de la luna y luego llegó y dijo disque “mamá yo me las sé, pero yo no las sé en los dibujitos” “como no quisiste ver el cuaderno cuando yo te las estaba explicando” me dice “ah, pero yo si me las sé, pero no me las sé en los dibujitos”. Con él es por ese estilo. A veces le estoy leyendo y ni siquiera me escucha, es con los oídos tapados y empieza “la, la, la, la, la...” “que escuchés, que escuchés” entonces ya me toca sentarme con una chancla o con una correa al lado “vas a escuchar o te pego un correazo” y me mira, mejor dicho, terrible. Y escucha, pero no escucha, o sea esta allí, pero está ausente completamente. Entonces me toca esperar hasta el otro día que él este calmado y que a mí también se me haya pasado el mal genio, para decirle “venga papito, yo le digo y usted se lo aprende rapidito ¿si mi amor?” y me dice “ bueno, dígamelo pues rápido y yo me lo aprendo” ya cuando se va a ir para el colegio, y ya cuando se va a ir para el colegio “¿qué es tal cosa?” “ah...” “¿qué es la carta?” “la carta es lo que se le escribe a la familia o a las empresas” “es un medio de comunicación escrito, que tiene un emisor y un receptor, se puede escribir de manera formal e informal” “ah bueno, si pues si la de la familia y la de las empresas” y yo “si, esa”. En eso sí, no lo he logrado todavía. Eso me descontrola, me desborda, me enoja, a veces me provoca coger y meterle, yo que se, un cuaderazo, un librazo en la cabeza, a ver si es que se le abre la inteligencia con el estudio o algo”.

- ¿Cómo se ha sentido con el cuidado del niño/a?

A.a.III.3. ¿Ha pensado que otra persona podría cuidar mejor al niño/a?  
¿Quien?

Mamá: “No, si no me hace caso a mí, pero, si yo lo mando con mi mamá... mi mamá es lo más chistosa, ella le dice, por ejemplo, la tabla del cinco “cinco por

cinco” él se queda pensando “cinco por cinco es veinticinco hombre ¿no se acuerda?” “pero para qué le das las respuestas? Dejalo que él piense”. Luego lo pone a sumar y a restar “¿Cuánto es ocho menos tres?” y entonces él llega y como que “ah es...” “sí, es tres, es cinco, es tanto” y yo como “para qué le da la respuesta”.

Abuela: “Es que de tanto repetir esas tablas, uno se cansa”.

Mamá: “Le está enseñando a dividir y le dice “a ver un número multiplicado por tanto le dé tanto, este le da tanto, es ese, sí o no que sí” “pero para qué le das las respuestas, si es él el que tiene que llegar a la respuesta”. Entonces no. O sea, cuando hace tareas y en realidad aprende, es porque yo lo he cogido acá y lo he apretado, porque yo lo pongo a que tiene que pensar por sí mismo. No yo no le voy a dar la respuesta. Entonces a mi mamá le dice “mamita ¿me ayuda?” pero para que ella le coja la mano y le ayude a dar las respuestas “es que mi mamita no me grita tanto” pues claro si la mamita le termina dando las respuestas, qué lo va a gritar, ella no lo grita ni lo regaña porque ella le está diciendo “cinco por cinco es veinticinco ¿no se acuerda?” “ah, sí mamita es veinticinco” entonces ...”.

Abuela: “Ay usted sí que es exagerada”.

Mamá: “Aja, un día de estos la voy a grabar”.

- ¿Encuentra usted que la situación del niño/a ha generado alguna situación constructiva a nivel personal, o lo contrario?

Mamá: “Si. Me ha dado mucha paciencia. Ya no lo puedo devolver. Pero si, o sea en ese sentido sí. Si porque yo, usualmente no era un a persona que me parara a ver, digámoslo que las diferencias del otro o las discapacidades del otro, sino que no me importaba. La verdad era muy indiferente ante el tema. No pasaba por encima pero no me importaba. Si el otro aprendía o no aprendía, no me importaba y en estos momentos considero que, de cierta forma me he vuelto más humana. En el sentido de que ya yo mantengo más pendiente de las discapacidades del otro y ya no paso por encima, sino que me detengo para mirar cómo le puedo ayudar a esa persona, para que esa persona no se quede atrás ¿Por qué? Pues porque una de

mis ideologías es que no le hago al otro lo que no quiero que me hagan a mí. Entonces no me gustaría que mi hijo viva en un mundo donde todo el mundo pasa por encima de él por ciertas discapacidades que él tenga o por ciertas falencias en habilidades que él tenga. Entonces he tratado que él sea de la misma manera, o sea una persona de que este pendiente de las falencias o las discapacidades de otro y las ayuden e igual lo hago yo igual, ya yo me detengo a mirar cuáles son las falencias o discapacidades del otro y trato de aportar un granito de arena ante eso. De ayudarlos a que solucionen eso o buscarles alternativas que, que puedan, digámoslo hacerlo que ellos encuentren algo positivo en eso”.

- ¿Cuándo vive situaciones incontrolables con el niño/a, intenta controlarlas una y otra vez?

Mamá: “¿Yo? De pronto inconscientemente. Si yo te lo digo conscientemente, no. A veces lo dejo que actúe por sí mismo, porque pues siempre me he llevado de que yo no le puedo hacer todo, entonces siempre le he dicho a él “si usted no se aprende a defender, o sea yo no lo puedo defender toda la vida. Si usted no aprende a cuidar sus cosas, yo no le puedo cuidar sus cosas toda la vida. Si usted no aprende a comer yo no lo puedo buscar toda la vida para darle la comida. Si usted no se aprende a vestir. Si usted no aprende hacer esto, yo no puedo estar haciéndoselo toda la vida”. Entonces, conscientemente trato de que él empiece actuar por sí mismo porque es que ya tiene la edad para que haga las cosas por sí mismo. De pronto inconscientemente hay situaciones en las que uno como mamá si se vuelve sobreprotectora. Así uno diga que no, así uno no quiera, si se vuelve sobreprotectora. Entonces uno a veces entra en la complicidad con ellos y como que “pobrecito, venga pues yo le ayudo”. Por ejemplo, en los días en que él no ha hecho la tarea, porque uno le rogó todo el día y no se le dio la gana de hacerla, pero en la noche ya me dio ese pesar porque al otro día llega allá sin tarea y todo el mundo con tarea, hacer la exposición o hacer algo y él sin con qué hacerlo y no “pues venga ya que”, yo le ayudo a que haga la tarea y que mañana no llegue mani-cruzado al salón. Entonces como tal, que trate de manejar todas las situaciones de

él no. Las más sí, obvio. Las de él, no. O sea, trato de colaborarle en lo que pueda y en lo que no, trato de abrirme un lado y permitirle que él lo haga por sí mismo”.

- ¿Cuándo se generan situaciones incontrolables, usted interviene para reconocer la situación, pero destaca los logros que el niño/a ha alcanzado?

Mamá: “La mayoría de veces, sí. A veces que me coge con malgenio, porque por ejemplo a veces me ponen como diez quejas del colegio “que no copió, que hizo buya, que no prestó atención en clase, que no participó” entonces él sale y me dice “mamá, escribí” y yo “ay sí, pero en cuantos cuadernos” “en uno” “y en los otros” “ay no es que estaba cansado” “no escribistes”. Entonces de cierta forma si debería resaltar que por lo menos hizo algo en uno, porque la mayoría de veces no hace nada en ninguno. Entonces, a veces cuando caigo en cuenta le digo “bueno, te felicito porque trabajaste en ese cuaderno, pero mañana por favor trabaja bien en todos”. Entonces a veces uno, como adulto se le pasan ese tipo de situaciones y en vez de llegar y felicitarlo por ese logrito que tuvo, uno le recalca “pero y los otros. Pero es que tenías que haber hecho más”. Entonces, bueno la mayoría de veces que me retracto luego y le digo “si estuvo bien” entonces me dice “es que usted a veces no me pone cuidado y a veces me regaña y no me deja ni hablar” y yo le digo “sí, pero es que usted a veces me saca el mal genio. Si yo lo mando al colegio lo único que tiene que hacer usted es estudiar ¿Por qué no lo hace?” entonces pues trato de hacerlo. Que uno es humano y no es perfecto, y entonces “ay Dios mío bendito, hasta cuándo me van a poner quejas. Hasta cuándo me voy a tener que aguantar lo mismo” eso es lo que estoy tratando de canalizar en mí misma”.

- ¿Ha conformado red de apoyo con algunos allegados que ayuden a sobrellevar la situación en casos extremos? ¿Con quienes?

Mamá: “Si, mi mamá. Y pues digámoslo que en el colegio más que todo por lo académico. Podríamos decir que en el colegio de pronto sí, pero a nivel académico como tal porque ellos dentro del núcleo familiar, no se meten y la única vez que intentaron meterse fue por la vez de la pelea y no intentaron meterse de

una forma positiva sino más bien de una forma negativa. Intentaron de decirme que el niño era así porque venía de una familia disfuncional, porque venía de una familia donde vivíamos solamente su mamá, porque de pronto los recursos económicos de él no eran los mejores, entonces yo fui muy clara con ellos como tal, o sea los frene porque que yo sepa, en este país no te pueden juzgar porque yo sea mamá soltera, no te pueden limitar tu autoridad por ser mamá soltera y por mucho que seas mamá soltera no te hace mala madre, entonces como tal, que el colegio se meta digámoslo en las situaciones extremas del hogar, no. Y nunca las ha habido, porque él no es un niño que sea maltratado, no es un niño que sea vulnerado, no es un niño que sea violentado, no es un niño que tenga ese tipo de problemas a nivel del hogar. Casos que se han visto con otros niños que de pronto los maltratan, los abusan, o sea están en situación de vulneración muy graves, él no tiene para nada ese tipo de problemas. Entonces, ellos en lo que es académicamente si intervienen mucho, para que él se ponga al día con los otros compañeritos, que este al nivel de los otros compañeros académicamente. En cuanto al hogar, digámoslo que mi mamá. Mi mamá es la que se encarga todo el tiempo de él de cuidarlo. Independientemente de que lo malcríe, ella es la que está pendiente de su bienestar físico, de que él haya comido, de que él esté dentro de la casa, que no se salga y de que, si se sale que para dónde se va, con quién se va o que este pendiente de con quien está en la calle, que este pendiente como tal de las cosas de acá de la casa. De resto, no”.

- ¿Realiza usted, alguna actividad en exceso, que reduzca el tiempo de compartir con el niño/a?

Mamá: “¿Yo? Si. Realizo muchas actividades, muchísimas. Yo trabajo todo el día. Tengo una jornada de 9 horas laborales. Entonces a veces salgo de muy de mañana y lo veo solamente cuando lo llevo al colegio y lo dejo en el colegio y de pronto en la noche. Por ejemplo, ahora que estoy en vacaciones, salgo del trabajo y me devuelvo para la casa y ya lo veo. El resto, pues cuando estudio, salía del trabajo y me iba para la universidad y ya regresaba tipo 10, diez y media a veces hasta 11 de la noche, entonces a veces él ya estaba durmiendo o cuando no, pues

se estaba trasnochando esperándome y ya no lo veía sino hasta el otro día, entonces pues si usualmente. Obviamente hay unos días en los que uno llega cansado y llega con ganas de distraerse un rato por internet o algo o dispersarse un rato, entonces si hay cosas que veces que uno se quiere aislar, que quiere uno solamente y ya. Entonces si hay ocasiones en las que en realidad yo me tomo mi tiempo para mí, porque es que yo no puedo tampoco girar en torno a él siempre”.

- ¿Practica esporádicamente algunas actividades que le relaje? ¿Cuál?

Mamá: “En el momento, no. He intentado practicar yoga. He intentado practicar meditación y todo eso, pero la verdad a veces con él es imposible porque todo el tiempo está brincando al lado mío o esta, mejor dicho, escuchando sus programas porque los escucha durísimo al lado mío, entonces no, a veces trato, pero no puedo. A veces el tiempo no me deja, porque es que a veces tengo que llegar de trabajar a mirar los cuadernos de él, a mirar qué comió, a mirarle a él el uniforme también a veces, a mirar que por qué no se ha cambiado, por qué no se ha bañado, por qué no ha arreglado la pieza, a recoger el reblujo que él me deja en la pieza. Entonces, no. Por más que lo quiero hacer, el tiempo no me alcanza, a veces no me da. En estos momentos pues estoy en planes de meterme al gimnasio porque la verdad siento que yo necesito como tal este momento para mí, irme cuidarme yo misma, porque en realidad ya he visto que he tenido descuidado muchas cosas de mí misma, entonces estoy tratando de trabajar en eso, en recuperar poco a poco las cosas que yo he perdido de mi por dedicarme a todo menos a mí”.

Entrevistadora: “¿Cómo se manejan las consecuencias que se presentan en cuanto a las conductas de él?”

Mamá: “Pues, digámoslo que, como tal, consecuencias así que haya habido, no ha habido muchas consecuencias graves, porque como siempre mantengo tan encima de él pendiente de lo que tiene que hacer o de lo que no tiene que hacer, entonces no ha ido al tema de que “ay perdió el año”, digámoslo que ha habido

castigos por algo que ha habido en el colegio, no. O sea, cuando ha habido las quejas, que me la pone la profesora lo reprendo acá en la casa, no físicamente, sino que lo cojo y con palabras le empiezo a decir que “pues, eso no se hace, que con eso me hace sentir mal a mí, que con eso hace sentir mal a la profesora, a la abuela”. O sea, “que si él se ve todo el tiempo como una persona que no le importa hacer sentir mal a las personas que se preocupan por él”. Entonces, no ha habido muchas consecuencias graves porque él siempre ha estado muy consciente que lo que él hace, afecta a otros, que él no puede hacer esas cosas por voluntarioso nada más porque estaría pasando por encima de los demás. Entonces que haya habido muchas consecuencias, no. Ya de pronto hubo una pelea que él tuvo con la primita de él, disque una pelea. La niña estaba jugando con él y resulta que él se enojó y le aventó una reja y la descalabro. Entonces en esa situación, sí. Yo lo confronte con la niña y obviamente ya fui un poco brusca y le dije que eso no se hacía, que eso era maltrato hacia la mujer, que él que hubiera hecho si la hubiera matado o sacado un ojo y le pare la niña de frente y le dije “mire como usted la volvió por no haber controlado su rabia” y le dije que “ese tipo de conductas llevaban a las personas a la cárcel. Que para una próxima ocasión él le llegara hacer eso a otra niña, cualquier niña, la que fuera o a otra persona fuera niña o niño, si la policía venia por él yo no lo iba a salvar”. De pronto fui un poquito drástica. Pero es que, o sea, se pasó, se pasó. No controlo su ira y ya él no lo volvió hacer. Ya se mide, porque como que cuando va actuar de esa manera, se mide un poquito”.

- ¿Cuándo enfrenta situaciones difíciles en el cuidado del niño/a, ha pensado que al día siguiente la situación mejorará?

Mamá: “No. Usualmente cuando las hace y ve las consecuencias él ya sabe que no lo puede volver hacer y literalmente no las vuelve a cometer. Automáticamente frena la conducta y ya. Eso se reprende y ya sabe “no, no, yo no puedo hacer eso”.

- ¿Cuándo se presentan situaciones desbordantes, busca ayuda en la red de apoyo de familiares o allegados, para tomar distancia de la situación, analizarla y modificarla positivamente?

Mamá: “No. No usualmente no lo hago, porque cuando usualmente ya me desbordo, o sea casi siempre yo tengo la razón en lo que le estoy diciendo a él. Entonces si yo le pido ayuda a otro usualmente le van a dar la razón a él, así él no la tenga, para poder intervenir. Entonces, por ejemplo, cuando yo a veces lo he castigado y ya llego y lo reprendo y le digo “conmigo no vas a dormir, vas a dormir en tu pieza” entonces él... si yo le digo a mi mamá que se meta, mi mamá le va a decir “venga duerma conmigo mijo, pobrecito”. O sino ella le dice “venga le ayudo hacer las tareas” pero terminándosela de hacer ella. Entonces usualmente trato de no pedir, antes, al contrario, pido que por favor no se metan, no se metan como tal, porque si yo le estoy diciendo algo no se lo estoy diciendo ni por molestarlo ni por inventarlo sino porque hay cosas que él en realidad tiene que hacer y tiene que cumplir. Entonces cuando yo ya estoy como “haga las cosas, haga las cosas” y no las hace, o sea yo puedo estar muy desbordada, pero trato de controlarme para no irme al castigo físico, pero también trato de que no se metan los demás, porque sé que no lo van hacer para un bien, sino que digámoslo, pensando que para un bien le terminan alcahueteándolo. Por eso, usualmente no me gusta que los demás intervengan en ese tipo de situaciones”.

- ¿Ha descubierto que dentro de las limitaciones que tiene el niño/a, hay un nivel alto que puede alcanzar y trabajar diariamente para ayudarlo a alcanzarlo?

Mamá: “Si. Usualmente en la mañana, casi siempre la que lo levanto soy yo, porque él a mi mamá no se le levanta. Y cuando no alcanzo a vestirlo... pues yo casi siempre trato de vestirlo, cuando no, ya mi mamá lo ayuda a vestirse porque o si no, él no se viste y no acaba de salir nunca para el colegio. A veces yo también tengo el afán de arreglarme yo, arreglar mis cosas para irme para el trabajo, entonces a veces ella me ayuda. En cuanto a la alimentación, mi mamá me ayuda a prepararle casi todas las comidas, pero pues hay muchas comidas que ella no le

sabe preparar entonces pues ella me dice “yo le cocino la gran mayoría de cosas y ya usted viene y se las revuelve y se las prepara y las hace”. En cuanto al desayuno, mi mamá si se lo da. La verdad yo me niego a darle la comida a él y la verdad yo no le doy nunca la comida a él, entonces casi siempre es la abuela la que le da la comida a él. En vestirse, yo casi siempre le separo la ropa que se tiene que poner aquí en la casa. En las tareas, usualmente yo ya llego y me le siento un rato para que él haga las tareas, a veces cuando veo que tiene muchísimas tareas, cuando no, ya mi mamá le ayuda. Entonces sí, yo trato de sacar lo que más puedo de mi tiempo para ayudarle con las tareas. Por ejemplo, a él le gustan mucho los proyectos de ciencias, como te decía anteriormente, entonces él casi siempre trae proyectos que hacer y hay veces son cosas muy complejas que tiene que hacer, para un niño. Entonces casi todos esos proyectos de ciencia me toca sentarme a mí a ayudarle hacerlos a él, cuando son experimentos, proyectos de ciencia, siempre le ayudo soy yo, hacer ese tipo de cosas”.

- ¿Cuándo se deben vivir situaciones de difícil manejo con el niño/a (por ejemplo, reuniones con gran número de familiares, o de amigos), usted planea actividades agradables que faciliten la situación?

Mamá: “Pues, aquí en la casa ya nadie se mete porque tuve muchos encontrones con mi familia porque, pues como te decía él choca mucho con los adultos. Siempre los adultos llegan y “ay, pero ese culicagado, pero vea el berrinche, pero vea lo que está haciendo” entonces si tuve muchos encontrones con mi familia, entonces ya nadie se mete. Porque literalmente les puse “él vive acá, si no les gusta el berrinche ahí está la puerta bien puedan y se van” porque pues yo tampoco puedo hacer nada frente a esas situaciones a veces sino permitirle que él haga su berrinche se calme solo y ya. Entonces pues ya cuando hay reuniones de familia y él de pronto hace un berrinche ya todo el mundo trata de cómo hacer el que “no me importa, yo no vi, yo no oigo” ya no se meten como en ese tipo de cosas. Y en la calle, digámoslo que, pues igual como nunca lo he reprendido como de una forma brusca o algo, entonces la gente no se mete. Lo miraran feo o dirán “ese culicagado

haciendo ese berrinche o que culicagado tan voluntarioso” pero no se meten y cuando lo reprendo, le hablo muy fuerte y sigue o sigue “se para y se le quita el berrinche hermano o usted vera si se queda allí, yo no me voy a detener por usted”. Entonces pues usualmente la gente no se mete mucho en eso”.

- ¿Frente a situaciones difíciles con el niño/a, usted reflexiona sobre las causas y busca estrategias para vivirlas mejor?

Mamá: “Si, casi siempre estoy reflexionando de qué debo de hacer como para no tener que estar en la misma situación desbordante, en la misma situación. Entonces trato de ponerlo en situaciones alternas para que él lo logre hacer. Por ejemplo, yo he trabajado con premios, con castigos, con palabras, noo, con todo he tratado de trabajar con él para que él haga las cosas por sí solo. Poniéndole horarios, haciéndole carteleras se le lleva su tiempo, pero como yo casi no mantengo en la casa, entonces mientras yo estoy en la casa se cumple, pero cuando no estoy en la casa eso se complica. Entonces se cumplirán un tiempo y ya después de dos meses o tres meses, automáticamente las invalidan, las invalidan mi mamá o el resto de personas porque no se apegan como tal a esas carteleras”.

Entrevistadora: “¿Cuáles son los mejoramientos?”

Mamá: “A ver. Hubo un tiempo que trabajé con premios. Entonces le hice una lista una cartelera con tarjetas, con caritas felices. Entonces, resulta que yo le coloqué, que por ejemplo “si él tendía la cama, le iba a dar 500 pesos. Si él recogía la ropa sucia, le iba a dar 200 pesos” porque él quería un celular o una Tablet, me había pedido él, entonces yo le dije “que él mismo juntara su plata para poder comprársela” y que uno las cosas en esta vida... o sea usted no podía esperar de que todo le cayera del cielo o fuera regalado, entonces de que si él quería eso que juntara la plata y esa plata la podía juntar trabajando desde acá desde la casa, ayudándome con los quehaceres de la casa. Entonces “si lavaba los platos, le doy tanto. Si lavaba los baños le doy tanto. Si recoge la ropa sucia le doy tanto” o sea

cosas que estuvieran acordes a él, nada del otro mundo. Al principio empezó súper emocionado, pero la que tenía que calificar era pues obviamente la abuela porque era la que estaba todo el tiempo con él. Entonces él, por ejemplo, llegaba y tendía la cama “mamita califíqueme que tendí la cama” “ahora” y se le olvidaba. “voy a lavar los platos” “pero es que está botando mucha agua, pero es que botó mucho jabón, pero es que dejó los platos sucios” entonces “aj ya no los lavo” “voy a lavar mi ropa interior” “pero es que vea que eso le quedó con jabón, pero es que vea que la dejó sucia” “ah entonces ya no la lavo”. Entonces se cumple un tiempo y luego se deja de cumplir. Mientras que yo “ah lavaste los platos, si los dejó mal, pero hizo el intento. La próxima le echa más jaboncito aquí y estrega más duro y vera” “ah bueno mamá” “me lo lavó, ya tenga su premio, le califico porque lo hizo, hizo el intento y poco a poco lo puede ir mejorando. Entonces digámoslo que se cumplen un tiempo de ahí para allá se dejan de cumplir”.

- ¿Lee sobre el tema para analizar las fallas propias, consecuencias y mejorías del niño/a?

Mamá: “Si, sí. He leído sobre el tema y actualmente leo, busco videos, busco instituciones y fundaciones que manejen como tal el problema. Busco las historias de otras familias, de otros padres, las formas cómo ellos han actuado frente a las situaciones, la forma en cómo ellos confrontan la situación. Entonces trato de estar buscando y de estarme tratando de empapar lo más que puedo sobre el tema. De buscar también sobre los derechos que tienen también, las personas. Porque obviamente una persona con este tipo de problema todo el tiempo le vulneran sus derechos a nivel social a nivel académico. Entonces trato de estar muy empapada para evitar eso, para evitar que a él le estén vulnerando constantemente a nivel social, a nivel escolar. Para estar exigiendo como tal los derechos que él tiene y exigiendo como tal que se le respete como tal su forma de ser, que se le respete su ideología, sus pensamientos, y todo desde el punto de que él tiene no ese problema del TDAH, porque no lo veo como una discapacidad, digámoslo que desde que él tiene el TDAH y todo esto se le respete sus diferencias”.

Entrevistadora: “En conclusión, tus estrategias frente al diagnóstico del niño ¿cuáles son?”

Mamá: “A ver, primero empaparme muchísimo del tema, porque como te decía inicialmente cunado no tenía el conocimiento como tal hasta yo misma lo vulneraba. Entonces primero para mí fue indispensable conocer, conocer el problema, conocer el trastorno, conocer cuál era la sintomatología, conocer cómo se comportaban las personas. Después aprender desde las diferencias aprender de que, todas las personas somos diferentes, todos actuamos de manera diferente, de que yo no le puedo exigir a él las mismas cosas que yo hago porque pues obviamente él y yo somos personas diferentes con mentalidades e ideologías diferentes. Después de eso buscar formas para que él se acuerde, donde están las cosas, que cosas son necesarias, indispensables, de mostrarle los tiempos en los que tiene que hacerlo, los tiempos en los que se puede demorar en cada cosa. Luego de eso, me pareció indispensable también el respeto. Enseñarle a respetar a todo el mundo, porque por sus problemas, por el trastorno, a veces él vulneraba a las personas desde su agresividad a partir de sus comportamientos y todo, entonces enseñarle que todos son indispensables y prestándole el respeto acá en la casa. También fue indispensable como tal, permitirle que él buscara otras cosas que fueran alternas y que le gustaran, que le llamaran su atención para que él se sintiera como una persona también con características y potenciales diferentes. ¿Qué más?, es que yo le he hecho de todo para poderlo entender, para poderlo llevar un poquito. Tratar de dedicarle mucho tiempo, independientemente que no pase mucho tiempo... la mayoría de cosas que yo hago las hago por el beneficio de él, por aprender qué son las cosas que debo de utilizar con él, de implementar con él, por brindarle la mejor educación que le he podido brindar hasta el momento, por darle nuevas habilidades o por ayudarle a que el potencialice estas habilidades. Qué más estrategias, desde el reconocimiento de él mismo también, porque es frustrante escuchar una persona que todo el tiempo diga “yo soy tonto, yo soy bobo, yo no puedo yo soy un inútil, yo soy malo, yo para qué nací, entonces me da cosa,

muchísimo, y esa ha sido una estrategia, enseñarle que todas las personas valemos muchísimo, independientemente de la diferencia y la capacidad que tengamos, todos valemos muchísimo, todos tenemos un propósito un por qué y para qué en esta vida. Entonces desde allí ha sido una estrategia que me ha ayudado bastante, porque cuando él se reconoce como una persona importante, o sea empieza a reconocer que las cosas que hace y las cosas que le gustan son importantes y que valen la pena motivarse por hacerla”.

Entrevistadora: “¿Cómo te sientes con todo esto?”

“A veces es cansado, a veces se pierde uno mismo. Se pierde uno como persona y pierde la libertad de hacer muchas cosas que uno quiere o que uno debería de hacer por uno mismo por dedicársele al por ciento a una persona. Pero en otras veces, es muy gratificante ver que independientemente que has perdido mucho tiempo como persona, le estas dando la oportunidad a otro que no la tendría en este mundo tan ignorante y tan cansado, o sea no la tendría le estas dando la oportunidad a otro de que surja y de que surja siendo alguien bueno alguien grande alguien de que probablemente va a tener un futuro prometedor, entonces es ratificarte de que si el esfuerzo vale la pena, de que el sacrificio vale la pena porque no se está haciendo un mal ser humano porque se está siendo un ser humano más consciente que se preocupa más por un mejor futuro, una vida más sostenible, una vida a base de respeto de todos. Aunque es sado es muy gratificante, y pues obviamente a uno le queda la gratificación de que está haciendo algo bueno con sus hijos”.

## **5. Transcripción de la entrevista del sujeto 2**

- ¿Ha estado desde el inicio del diagnóstico?

Abuela: “Si claro, desde el embarazo del niño”.

- Cuándo se enteraron del diagnóstico del niño ¿Cómo fue la reacción para usted?”

Abuela: “Pues, tomarlo con paciencia como le digo a ella, hay que tomarlo con paciencia, tener mucha fortaleza y pedirle mucho a Dios por él”.

- ¿y usted entendía de qué trataba el diagnóstico?

Abuela: “No, pues más o menos porque a mí me hablaba la profesora del colegio porque pues yo soy la que siempre ha ido al colegio con él, pues he estado pendiente porque ellas dos trabajando pues no podían. Entonces yo iba a las reuniones, yo estaba pendiente que llevarlo al médico, porque siempre casi todo me ha tocado a mí, porque ella no está. Entonces pues ellos me explicaban qué era lo que pasaba, qué era lo que estaba pasando con él. Cuando empezó con el psicólogo, porque yo hable con el psicólogo de aquí del colegio donde estudiaba él en el Liceo. Y también lo estábamos llevando por la tarde a la Casita de Belén, lo llevaba a clases, pues no clases, sino a que pasara la tarde allá haciendo otras cosas distintas. Lo llevaban a natación y todo eso, entonces también el psicólogo de allá, como ellos venían a visitar aquí la casa, también me estuvo diciendo el comportamiento, él lo entendía mucho. Me decía “el niño es muy inteligente, no entiendo por qué tiene problemas psicológicos” bueno.... Entonces ya ellos me dieron carta y pidiera una cita en la EPS y pedir una cita con el neurólogo para que lo trataran. Entonces yo le pedí la cita, le hice autorizar papeles, le pedí la cita y luego empezó a decirme el neurólogo y me dijo los problemas que él tenía y ya fui con ella y se empezó el tratamiento con él”.

- ¿Qué opinión tiene sobre la situación de salud del niño/a en cuanto a su diagnóstico?

Abuela: “Pues que la verdad, tienen que tener una mucha consideración con él, ayudarlo en lo que más pueda, en lo que más podemos estar al lado del niño tratando de controlarlo, de que él salga adelante, de que sea alguien, porque si dejamos de que él haga lo que él quiere, para él mejor”.

- ¿Reconoce usted que la situación del niño/a tiene mejoría? ¿cuál es su opinión?

Abuela: “Pues, yo creo que, si ha mejorado un poquito, porque, al menos, ya no tiene tanta agresividad como antes, porque antes él cogía y destruía la pieza, la volvía nada cuando le daban las rabias por nada. Él se enojaba por cualesquier cosita que uno le dijera y quería acabar con todo, él era terrible. Él tiraba la cama, el colchón, todo, todo lo tiraba, la pieza la desbarataba por completo. Pero pues, afortunadamente él ha cambiado un poco. En cuanto al manejo con él también porque ya no está como tan agresivo con uno. Sí se enoja, pero pues ya le pasa muy rápido la rabia”.

Entrevistadora: “Y cuando él se enoja ¿Qué ha hecho frente a ese comportamiento?”

Abuela: “Yo he optado, últimamente cada vez que él tiene mucha rabia, que está acabando con todo, que le da patadas a las puertas, tira puertas, él quiere acabar con todo, yo lo dejo tranquilo, yo no le hablo nada, no le digo “deje eso, estese quieto, cálmese”, no. Yo he optado por quedarme callada y lo dejo que grite que chillé y patallé, y lo dejo y al momentico o al ratico se está calmando. Porque yo antes le decía “mijo cálmese, vea mijo” no, peor era. Entonces yo vi que hablarle y decirle “cálmese” era peor. Entonces yo dije “no, no le vuelvo hablar. Cuando él este bravo no le vuelvo hablar” y yo lo dejo que se calme de la rabieta solo. Entonces yo lo dejo y ya se calma”.

- ¿Considera usted que la situación de salud de niño/a es grave, por qué?

Abuela: “Pues, no, no creo que sea algo grave, pero sí de cuidado, de estar muy pendiente de... para que de pronto él no vaya a cometer muchos errores, estar uno pendiente”.

- ¿Considera usted que el niño alcanzará los niveles de desarrollo de un niño/a de su edad, dentro del tiempo previsto, como lo/a ve?

Abuela: “Pues para la edad que tiene, le falta mucha cosa, pero pues uno va tratando de que él vaya adaptándose a todo. En el sentido de que es difícil de que él coma solo, de que... porque a él no le importa si come o no come, él puede

pasarse todo el día sin comer nada. Hay veces me doy cuenta de que en la tarde no ha desayunado porque voy a mirarle el maletín y ahí está el desayuno, está la lonchera, está el almuerzo. Entonces yo tengo que empezar “por qué no almorzaste, camine coma algo”, le caliento la comida, hasta muchas veces se la doy para que él coma, porque él se entretiene por cualquier cosa y no come. A él no le importa que no haya comido, él como que no siente hambre, pero yo le he preguntado al médico si eso es normal y me dice que si, que eso es normal dentro del problema que él tiene es normal. Que los niños se les olvida muchas veces hasta comer, que se les olvida que tienen que dormir. Entonces él hay veces se acuesta tarde, porque no hay quien lo haga dormir, como si la pila no se le acabara. Eso me explicaba a mí el médico”.

- ¿Imagina usted que el niño/a tendrá un desarrollo social normal, cuál es su punto de vista?

- ¿Qué conductas del niño en la vida cotidiana se le ha dificultado enfrentar?

Abuela: “Ay las conductas de él, qué será. Levantarse temprano, es una cosa horrible hacerlo levantar, hacerlo bañar. No, me toca arreglarle lo cuadernos, prepararle para que lleve, porque o si no, a él no le importa irse al colegio sin cuadernos. Entonces yo creo que esa es una de las conductas más difíciles, en el comportamiento de él. El orden de él. Es muy desordenado, él es muy desordenado”.

- ¿Considera que las situaciones desbordantes en cuanto a los comportamientos del niño/a no hay que analizarlas, solo evitarlas, cuál es su opinión al respecto?

Abuela: “Pues evitarlas. Él muchas veces se enoja por nada. Hay ocasiones que por cualesquier insignificancia, con eso coge o quiere pues destrozarse todo o quiere pelear con las primitas, entonces yo tengo es tratar de controlarlo un poquito. Yo me le voy por las buenas “papi venga mijo, eso no es así, venga camine hablemos. No pelee con sus primitas. Venga contrólese”. Entonces como le digo,

yo he optado ya por... porque le digo a las niñas “quítense, váyanse, súbanse déjenlo solo, déjenlo solo por favor, quítense. No le hablen”. Entonces eso es lo que ellas están tratando de hacer cuando él esta desconcentrado, cuando esta descontrolado. Que ellas ya han aprendido que tienen que dejarlo solo, entonces él solo va perdiendo la rabia y así es la única forma de controlarlo a él”.

- ¿Cuándo el niño/a comparte con otros niños de su edad, y se generan situaciones conflictivas, usted interviene para solucionarlas, que hace en estos casos?

- ¿Considera que las ayudas utilizadas con el niño/a (por ejemplo, las terapias, medicamento), le ayudaran a mejorar significativamente, en que aspecto?

Abuela: “Si, él ha mejorado mucho. Ha mejorado. Incluso aquí ha venido la nutricionista, el psicólogo, han venido todos aquí y hemos charlado y me han dado pautas de como debo manejarlo y todo eso, entonces eso me ha servido a mí también, porque yo ya hago lo que ellos más o menos me dicen. Ya, yo ya no me le entretengo tanto a él cuando él está con sus rabietas. Y también que yo he tratado, cada que puedo, pues llevarlo a cursos. Yo lo estaba llevando a clases de tenis, pues tomaba el sacrificio de irme los sábados y llevarlo a clases de tenis. Antes lo llevaba a clases de piano, pero ese no le gustó, lo tuve yendo como dos meses, pero no le gustó, entonces no lo volví a llevar porque pues realmente yo perdía tiempo, eran dos veces a la semana y plata en transportes y todo, y pues yo hice el sacrificio, pero a él no le gusto. Entonces, las clases de tenis no pudo volver porque se las quitó el dermatólogo por los problemas de que tiene alergia atópica, entonces el aserrín de la cancha le hace daño. Lo llevaba a clases de natación dos veces en la semana también, pero tampoco. No lo pude volver a llevar porque el cloro me lo estaba matando por la alergia. Entonces lo tengo en tratamiento con un dermatólogo, ya yo lo llevé y me dijo que era un niño alérgico tópico y cómo era el manejo de él y me tocó quitarle todas esas cosas. Entonces voy a ver si ahora lo meto a clases de taekwondo que me dijeron para llevarlo, pero yo he hecho todo el sacrificio de estarlo llevando para que él se distraiga en algo distinto”.

- ¿Ante la situación del niño/a, se ha sentido desesperado/a, en que ocasiones?

Abuela: “Si, porque muchas veces, él me dice que le preste el celular, entonces yo se lo presto y le digo “una horita nada más”, noo cual hora, él se posetea de ese celular y es una cosa horrible para que yo le quite ese celular, porque ya luego no me lo quiere entregar sino que quiere seguir toda la tarde buscando y haciendo investigaciones porque en realidad yo le reviso lo que está viendo, yo siempre estoy pendiente de eso, yo vengo cada rato y miro “que estás viendo” y yo le miro, entonces él “no mamita en este momento estoy jugando un videojuego de carritos” y todo eso, a él le gustan mucho los deportes extremos, pero entonces yo le miro “no es que estoy estudiando Duolingo estoy estudiando inglés, que estoy haciendo una investigación. Mire mamita que estoy estudiando sobre la tierra o sobre el espacio”. Entonces yo le miro el celular y en realidad está en todas esas cosas. Entonces, pero es un problema. Cuando yo le quito eso se pone furioso, cuando se lo quito a la fuerza. Yo le digo “entréguemelo porque voy hacer una llamada o estoy pendiente de una llamada” no él se descompone, porque como nosotros no le damos celular, entonces él quiere que yo le entregue el mío para estar (gesto de celular) ... y se descompone cuando yo se lo pido”.

- ¿Cómo se ha sentido con el cuidado del niño/a?

Abuela: “Bien, porque yo quiero mucho a mi muchachito, aunque a veces le alcahuteo, pero bueno, pero yo me siento bien cuidando a mi muchacho, me entretengo con él”.

- ¿Ha pensado que otra persona podría cuidar mejor al niño/a? ¿Quien?

Abuela: “Pues, yo no creo porque para que a él le tengan paciencia es muy horrible, uno tiene que tener es los pantalones bien puestos porque él es muy difícil de manejar. Entonces no sé. La mamá a veces piensa en irse sola a vivir con él y yo le digo “vaya haga el ensayo a ver cómo le va”.

- ¿Encuentra usted que la situación del niño/a ha generado alguna situación constructiva a nivel personal, o lo contrario?

Abuela: “Pues para mí, pues si en ocasiones sí, porque uno ya aprende a manejar las otras niñas que son también un poquito difíciles, entonces yo ya se más o menos como tratarlas también a ellas. Más o menos me baso en lo del niño, entonces ya se cómo tratar a las otras dos niñas que también son un poquito difíciles. Entonces en ese sentido si me ha servido un poco”.

- ¿Cuándo vive situaciones incontrolables con el niño/a, intenta controlarlas una y otra vez?

Abuela: “Al principio, a mí también me daba mucha rabia, pero yo ya me controlo también y trato de controlarlo a él, como le digo, dejándolo que él se encierre solo y encerradito le va pasando el mal genio, así tenga mucha rabia, le va pasando solo, sin que nadie le hable ni intervenga”.

- ¿Cuándo se generan situaciones incontrolables, usted interviene para reconocer la situación, pero destaca los logros que el niño/a ha alcanzado?

Abuela: “Si, yo si le destaco mucho.... Yo siempre hablo mucho de él que él es un niño muy inteligente, que él es un niño muy lindo. Yo le hablo a él y le digo “usted mi amor es un niño muy hermoso, muy inteligente, va a ser una persona muy grande en la vida. Salga adelante, nunca deje de estudiar mijo”. Yo lo aconsejo mucho, yo hablo mucho con él, y él me quiere mucho y me dice “si mamita yo la quiero mucho, yo le voy hacer caso a lo que usted me dice. Yo voy a seguir estudiando” y yo “si mi amor, para que sea alguien muy grande en la vida” le dije yo. Entonces... él sí, y yo le digo que él es muy inteligente, entonces él lee mucho porque él dice que “voy aprender mucho”.

- ¿Ha conformado red de apoyo con algunos allegados que ayuden a sobrellevar la situación en casos extremos? ¿Con quienes?

Abuela: “No, la verdad no he buscado ningún apoyo así ni nada, porque pues, a él de por sí lo tratan los psicólogos de la EPS, lo tratan los psicólogos en el colegio, entonces pues ellos son el apoyo que realmente le dan. Pero pues cuando él tiene problemas aquí en la casa desbordantes, no, porque pues a quién en ese momento. En la familia no, porque antes lo juzgaban mucho porque era un niño cansón, de que era un niño este, entonces todo el mundo lo juzgaba. Entonces yo les decía “no es que el niño tiene problemas y todo, entonces también hay que comprenderlo”. Entonces yo por eso a la familia no le pido ayuda de nada. Pues uno en el momento a quién le voy a pedir ayuda de la calle si yo estoy sola muchas veces con él. Entonces hay que tratar de controlarlo yo y controlarlo a él y controlarme yo misma para poder ayudarlo a él”.

- ¿Realiza usted, alguna actividad en exceso, que reduzca el tiempo de compartir con el niño/a?

Abuela: “Sí, yo todo el día mantengo en la casa, pero soy modista, trabajo todo el día, mantengo mucho trabajo. Entonces yo muchas veces lo llevo a mi pieza de modistería, le digo “siéntese aquí al lado mío, vamos haciendo las tareas”, o le echo cuentos o cualesquier cosa y él me dice “mamita, cuénteme cosas de cuando usted era niña” entonces yo me pongo a echarle carreta pues todo ese tiempo y él se ríe y goza y bueno así, entonces así la pasamos. Lo entretenemos ahí. Y la modistería es aquí en la casa. Yo hago la comida y todos los oficios. Echo la ropa a lavar o la lavo a mano, mientras ellos no están. Cuando ellos están, pues ya trabajo en la tarde mi modistería, pero estoy pendiente de ellos cuidándolos. Yo estoy pendiente de que, si ellos salen a la calle, yo estoy dándoles vuelta, no los dejo salir mientras estoy trabajando. Si tengo un tiempito los dejo que salgan en la bicicleta o en patines y que vuelvan y entren, pero de resto no más porque yo no puedo estar todo el tiempo en la calle ni nada, porque tengo que cumplir con mi trabajo”.

- ¿Practica esporádicamente algunas actividades que le relaje? ¿Cuál?

Abuela: “A mi no. Yo no practico nada porque no tengo tiempo. Todo el tiempo estoy ocupada, entonces pues la verdad no, yo no practico ninguna actividad así. Los únicos tiempos que yo saco libres es cuando me voy acompañarlos a llevarlos algún deporte, entonces me estoy por allá relajada, de pronto leyendo un libro, pero de resto no”.

- ¿Cuándo enfrenta situaciones difíciles en el cuidado del niño/a, ha pensado que al día siguiente la situación mejorará?

Abuela: “Si. Aunque muchas veces la mama de él se disgusta conmigo y todo, pero pues yo, estamos disgustadas un ratico, pero nosotras no somos de vivir peleando ni nada de eso, entonces al rato o al día siguiente, pues ya, ha cambiado la situación, entonces volvemos otra vez a lo normal con él sin ningún problema”.

- ¿Ha encontrado que la situación de salud del niño/a posibilita crecer juntos y desarrollar fortaleza frente a situaciones difíciles?

Abuela: “Pues si, a veces es difícil que yo pueda estar todo el tiempo con él y todo, porque he tenido situaciones de salud bastante delicadas y todo. Hay tiempos en los que he tenido que aislarme un poquito de él, pues la mamá es la que tiene que enfrentarse a él directamente, porque no todas las veces puedo estar pendiente”.

- ¿Lee sobre el tema para analizar las fallas propias, consecuencias y mejorías del niño/a?

Abuela: “Si, yo siempre estoy pendiente, voy al médico con él o cuando lo lleva mi hija, ella me dice todo lo que debemos hacer con él, como debemos comportarnos y todo. Entonces, yo trato de llevar eso al pie de la letra, pues para ayudarla a ella y ayudar al niño. Entonces, si yo trato de estar pendiente de todos los diagnósticos y de todo lo que nos dicen”.